Mircea Lăzărescu

POLIROM

CE ESTE TULBURAREA MENTALĂ

PSIHOLOGIE CLINICĂ ŞI PSIHOTERAPIE

MIRCEA LAZARESCU

CE E TULBURAREA MENTALA
EVOLUTIONISM, CULTURA, PSIHOPATOLOGIE

Un eseu pe înţelesul tuturor, inclusiv a filozofilor

2013

Cuvânt înainte

Probabil multă lume poate fi interesată de subiectul: ce e tulburarea mentală?!

Problema *ce e tulburarea mentală?* pare a avea în primă instanţă un răspuns simplu: ceea ce tratează psihiatrii! Dar înainte ca, în urmă cu 200 ani psihiatria să devină o specialitate medicală? Se poate răspunde că o anumită zonă de referinţă la tulburările psihice se întâlneşte în medicină dintotdeauna, exemplul cel mai la îndemână fiind preocuparea civilizaţiei greco romane faţă de melancolie şi manie. Iar interferenţele dintre stări maladive somatice şi psihice au fost tot timpul la ordinea zilei, de la medicina şamanică până la patologia psihosomatică actuală.

Ceea ce tulbură însă această strictă trimitere la medicină e asemănarea şi apropierea evidentă dintre multe stări psihopatologice etichetate ca tulburări maladive de către psihiatrie, şi trăirile, manifestările, comportamentele obişnuite ale vieţii de zi cu zi. Tristeţea, euforia, îndoiala, preocuparea faţă de ordine şi curăţenie, reacţiile impulsive, suspiciunea, dominarea şi supunerea faţă de alţii, sunt doar câteva din aceste stări. Ideea unei tranziţii şi corespondenţe între manifestările obişnuite şi cele anormale, excentrice, patologice, a fost o constantă a gândirii umane, care a intrigat simţul comun. Dar nu numai normalitatea ci şi excepţia plus valorică, creativitatea, geniul, trăirile ce te pun în relaţie cu transcendenţa, au fost mereu apropiate de nebunie, de la Platon la Sfântul Pavel şi romantici.

Tulburarea mentală, chiar dacă e asimilată bolilor de care se ocupă medicina, are înţelesuri mai largi. Când urmărim principlalele stări psihopatologice ajungem inevitabil să medităm asupra condiţiei umane, asupra structurii psihismului individual, a semnificaţiei manifestărilor persoanei în mijlocul socio-culturii. Încă de la începutul sec.XX s-a formulat ideea că tulburarea psihică e într-un fel un *experiment natural* care ne dezvăluie infrastructura psihismului persoanei. Şi încă într-un mod mai direct

decât anormalitatea marilor creatori, care aduc în prim plan o operă valorică ce ne vorbeşte trimitand la specificul suprapersonal al culturii.

Formulată ca mai sus, problema tulburării mentale dezvăluie dintr-odată un nod de probleme. În primul rând, psihismul conştient al persoanei nu epuizează dimensinea *umanului*, nici în genere nici într-o determinare istorică dată. *Ceea e e uman* se exprimă prin multe dimensiuni supraindividuale, ca limbajul narativ ce vehiculează miturile, poveştile, istoriile, biografiile, teoriile ştiinţifice şi legendele religioase. Toate acestea au o existenţă distinctă de miile sau milioanele de persoane care iau cunoştinţă de ele, putând să îmbogăţească prin creaţia lor acest *tărâm al teoreticului*. Apoi, tot la nivel supraindividual se manifestă practicile instituţionalizate, aşa cum sunt educaţia, justiţia, medicina, munca, administraţia, biserica. Instituţiile, cu organizarea şi cu normativitatea lor valorică, funcţionează desigur doar prin participarea oamenilor vii, *în carne şi oase*, care le animă şi le conduc. Dar aceşti indivizi, aceste persoane, se nasc şi mor, înnebunesc sau crează dincolo de persistenţa tradiţiei instituţionale si a normativitatii sale. Şi dincolo de cunoaşterea teoretică, la care acesti oameni desigur că participă, metamorfozând-o. În sfârşit, câte un individ, cu întreaga sa structură psihică funcţională, e parcă suspendat în vid dacă-l rupem de legăturile sale afective şi funcţionale cu persoanele intime şi oficiale, cu eroii de poveste şi cu fiinţele supranaturale ale naraţiunilor.

Psihopatologia, prin cazuistica ei, ne atrage atenţia asupra aspectelor semnificative ale psihismului uman, care s-a edificat pe fundalul psihismului biologic, animal. Aristotel, a fost primul autor occidental care a scris o carte despre psihism în urmă cu 2500 ani, diferenţiind între nivelul vegetativ, animal şi uman al acestuia. Spre deosebire de autosubzistenţă şi multiplicare, de mişcarea proprie animalelor, psihismul uman are ceva în plus, nous-ul, intelectul, raţiunea. La fel ca şi Aristotel crede şi lumea contemporană. Perioada antropogenezei, care e estimată la mai mult de un milion de ani, a adăugat ceva esenţial psihismului

animal, chiar în varianta superioară a acestuia, atins de mamiferele antropoide. Dar acest plus nu se reduce la o generică raţiune. Se consideră că saltul esenţial făcut spre umanitate e de acelaşi rang cu cel făcut spre lumea vie, ce s-a afirmat prin automultiplicarea genetică. De unde, ideea lui Hawkins de a sugera o structură similară *memetică*, pentru autoreproducerea în lumea culturii umane. Fapt care, nu e de neglijat pentru psihopatologie. El invocă întreaga complexitate pe care a dezvoltat-o omul cultural în ultimii 10.000 de ani de când a devenit sedentar, construind oraşe şi piramide, susţinând o evoluţie a tehnologiei logosului, trecând la scrisul alfabetic, la tipar şi la alte inovaţii în mass media. Om care, se pare că de la începuturile sale culturale, a vizat transcendenţa ca fiinţă, prin sacralitate.

Acest înţeles contemporan al omului cere ca referinţa la psihismul persoanei să fie făcută privind cu amândoi ochii. Adică, atât spre articularea sa cu psihismul animal, cu corporalitatea şi creierul. Cât şi spre imersia sa în structura practico-teoretică a culturii, ce e susţinută de logos şi centrată de transcendenţă. Univers uman în mijlocul căruia subiectul conştient al persoanei, cel ce poate cădea pradă anormalităţii psihopatologice, se defineşte de la început prin legaturile sale intersubiective cu alţii, cu alte persoane conştiente. Defectul psihic disfuncţional al tulburării mentale se cere citit pe acest fundal.

Cartea de faţă se vrea una accesibilă, abordând lucruri comune, evidente şi cunoscute. Alunecarea spre stările psihopatologice e urmărita pornindu-se de la viaţa de zi cu zi, de la oameni ce există printre noi şi cooperează intre ei, bazându-se pe simţul lor comun. Am căutat, desigur, să ne menţinem la nivelul actual al cunoştinţelor de specialitate; dar fără a intra în detaliile tehnice ale cercetării din psihiatrie. Fiecare capitol se termină cu Note şi trimiteri bibliografice, care indică şi starea actuală a problemelor. Sunt şi porţiuni scrise mai dens care fie abordează problemele mai tehnic, fie sunt deschideri asociative mai largi; şi care pot fi parcurse facultativ, de către cei interesaţi.

Am introdus în cateva capitole personaje, voci care, întreabă, comentează, suferă. Credem că prin aceasta textul să fie mai abordabil. Chenarele prezintă informaţii diverse: criterii de diagnostic, clasificare, scheme, tabele, opinii, citate. Ele însoţesc textul cu ideea de a provoca lectorul, trimiţându-l la un orizont de meditaţie.

În principiu, adresanţa cărţii e largă. Către orice intelectual interesat de această problemă. În mod special tinerii ce studiază psihopatologia şi psihiatria ar putea găsi, în acest text până la un punct, un fel de manual de semiologie mai puţin plictisitor, cu trimiteri la cultură. Dar nu unul de psihiatrie clinică. Iar psihiatrii experimentaţi şi specialiştii din mai multe domenii – psihologie, cercetare psihopatologică, antropologie culturală şî filozofică – ar putea găsi, în spatele prezentării iniţiale, colocviale, abordarea unor probleme serioase, ce invită la meditaţii şi cercetare. Şi nici nu e vorba de o simplă carte de popularizare. Dimpotrivă, autorul a încercat să sintetizeze, chiar dacă sub formă eseistică, ceea ce e mai esenţial în doctrinele şi proiectele actuale de cercetare în domeniul psihopatologiei. Şi să valideze experienţa sa de peste jumătate de veac în acest domeniu. Nu se prezintă soluţii dar se ridică probleme. Provocarea la meditaţie antropologică şi invocarea filozofilor nu e o glumă.

Cartea e scrisă în perioada în care în plan internaţional s-au pregătit noile versiuni DSM-V şi ICD-11, fiind încheiată înainte de apariţia acestora. Dar tocmai poziţionarea faţă de aceste manuale o considerăm importantă. Respectivele ghiduri psihiatrice, elaborate pentru a fi utile diagnosticului, statisticii şi cercetării, dacă sunt consultate izolat, pot da o imagine deformată privitor la problema: *ce e tulburarea mentală?*

Noi credem că această întrebare e una antropologică. Ea invită la reflexie asupra condiţiei umane, asupra devenirii, istoriei şi autocunoaşterii noastre. Asupra structurii psihismului uman, centrat de sinele său conştient. Asupra autoreproducerii culturale memetice, de la care alienatul mental e îndepărtat în mare măsură.

Câmpul discuţiilor e adânc. El doar se deschide prin provocarea textului de faţă.

Mircea LAZARESCU
Ianuarie 2013

CE ESTE TULBURAREA MENTALA

PARTEA INTAI

MORFOLOGIA TULBURARILOR MENTALE IN MIJLOCUL SOCIO CULTURII

1. Unde poate fi căutată tulburarea mentală?
2. Despre boli, trup şi dubla personalitate
3. Mânie, maniaci şi manie
4. Delirul, dragostea şi persecuţia
5. Halucinaţiile, viziunile şi percepţia situaţională
6. Romanul, personajele şi vidul depersonalizării
7. Dialogul, autismul, schizofrenia
8. Problema tulburărilor de personalitate

PARTEA A DOUA

ISTORIE SI DOCTRINE

9. Istorie şi diversitate. Fişe pentru studierea nebuniei în diverse culturi şi epoci culturale
10. Nebunia şi peripeţiile democraţiei. Drumul psihopatologiei clinice în sec.XX
11. Psihopatologia, simţul comun şi sinele persoanei conştiente
12. După 150.000 ani; evoluţionism, cultură şi alienaţie mentală
13. Ce este tulburarea mentală?

ANEXE

I. *Ordine, sistematizare, empatie şi dispoziţie afectivă*
II. *Diagrama intim public a subiectivităţii persoanei conştiente în istoria Europei.*
III. *Utilitatea conceptului de sine (Self) si a psihologiei adiacente pentru psihopatologie*

Capitolul I

Unde poate fi căutată tulburarea mentală?

Ceea ce în zilele noastre se numeşte mai de toţi „tulburare mentală” a avut parte de diverse denumiri. La noi, pe lângă nebunie, s-a vorbit despre oameni “smintiţi la minte”, “săriţi de pe locul lor (fix)”, “zănateci”, “nebuni”, „netoţi”, oameni cărora “le lipseşte o doagă” şi aşa mai departe. (**1**) De mult şi peste tot aceşti oameni au fost percepuţi şi consideraţi a fi “altfel” decât ceilalţi, de obicei lipsindu-le ceva, util şi necesar integrării şi performanţei în comunitate. Alteritatea, anormalitatea smintiţilor, nebunilor şi zănatecilor se însoţeşte de o lipsă, de un deficit, de un minus. Deşi, tot din vechime, o parte din aceşti oameni speciali erau recunoscuţi ca fiind deosebit de dotaţi în unele domenii, putând media comunicarea cu forţele şi fiinţele supranaturale.

Au venit şi vremurile moderne, iar alienarea izolatoare a celor neintegraţi a intrat tot mai mult sub vizorul medicini. Creierul a fost creditat ca fiind în mod prevalent responsabil pentru funcţiile psihice şi tulburările din acest domeniu. Şi astfel, după perioada „marii internări” din vremea Iluminismului, de care vorbeşte Foucault (**2**), s-au reliefat în Europa sec. XIX azilele de bolnavi neuropsihici. În aceste azile, aceştia au fost observaţi cu grijă, simptomele subiective şi comportamentale au fost descrise, definite şi etichetate. S-a născut astfel psihopatologia descriptivă, apoi cea generală, iar psihiatria a devenit o ramură recunoscută a medicini.

Dar stigma socială, privitoare la bolile mentale şi la psihiatrie, corelată cu izolarea nebunilor în locuri speciale, a rămas. Şi aceasta deşi în a doua jumătate a sec. XX s-a procedat la dezinstituţionalizarea majorităţii suferinzilor mentali.

Terapiile au devenit tot mai eficiente, s-a dezvoltat conceptul de sănătate mentală ce a fost tot mai mult promovată. Ştiinţa în acest domeniu a progresat şi caută să progreseze.

Denumirea de "tulburare mentală" ("mental disorder") a fost utilizată de Organizaţia Mondială a Sănătăţii - OMS - tocmai pentru a se evita cuvântul "boală". Deci nu mai avem boli mentale şi nici "nebuni". Manualul american de diagnosticare a acestor tulburări, DSM, (**3**) care este în prezent la ediţia a IV-a şi o pregăteşte pe a V-a, interzice şi nominalizarea persoanei prin suferinţa sa psihică. Deci, dacă cineva, să zicem John, întruneşte criteriile pentru diagnosticul de schizofrenie, atunci se va spune "John are schizofrenie" şi nu "John este schizofren". Această grijă pentru protejarea oamenilor de stigma psihiatrică este excelentă. Dar ea blochează parţial căile de acces spre înţelegerea acestor tulburări. Dacă John are o depresie sau o fobie, de unde vin oare aceste tulburări? Să nu aibă ele nicio legătură cu tristeţile sau fricile lui John de dinainte ca el sa întrunească criteriile DSM-IV TR pentru diagnosticele respective?

Această problema merită analizată şi dezbătută, tocmai pentru binele lui John şi a tuturor celor ca el.

Dar dacă tulburarea mentală se referă la oameni care sunt – mai mult sau mai puţin – altfel decât semenii lor, manifestându-se din unele puncte de vedere deficitar, iar din altele exagerat sau rigid, astfel încât "funcţionarea lor socială" suferă, unde să-i căutăm pe aceşti oameni? Şi unde tulburările lor?

Desigur, tot printre noi, cum e şi firesc.

Ne vom duce deci la marginea unui oraş, într-o comună suburbană şi vom alege două case. Pe a lui Gheorghe şi pe a lui Vasile. Gheorghe e un vechi gospodar al comunei, din tată în fiu. A fost medic veterinar, iar acum se îngrijeşte de treburile casei. El e căsătorit cu Maria şi are doi copii, pe Alexandru şi pe Ana.

Gospodăria lui are de toate, şi păsări şi animale, grădină de zarzavat şi livadă, precum şi un lot de pământ. Nu e o fermă de producţie, ci o gospodărie rurală, ca în bătrâni, modernizată însă atât cât se poate face într-o familie. Familia îşi valorifică produsele în variate modalităţi.

Vasile locuieşte în altfel de casă. El e profesor de limba română la liceul din oraş şi şi-a făcut o casă la marginea pădurii, unde e aer curat şi mulţi orăşeni şi-au clădit vile. Soţia lui, Simona, e contabilă, iar copiii, Adrian şi Andreea, frecventează cursurile şcolii din oraş. Membrii familiei lui Vasile pleacă de dimineaţă cu maşinile şi se întorc acasă de obicei seara. Casa are o curte frumos întreţinută, o grădină cu flori şi o piscină.

Atât cei din familia lui Gheorghe, cât şi cei din a lui Vasile sunt persoane credincioase, cu frica lui Dumnezeu. Toţi cunosc legile şi normele sociale, respectându-le. Sunt oameni care învaţă şi muncesc. Îşi vizitează rudele şi prietenii, care şi ei, la rândul lor, trec pe la casele acestora. Cu alte cuvinte, ei trăiesc în mijlocul firescului vieţii de zi cu zi. Din acest mijloc pot începe însă tot felul de alunecări antropologice de tip psihopatologic, pe care le vom comenta în scenarii succesive. Dar de undeva trebuie totuşi pornit. Nu doar psihopatologia îşi poate avea ca punct de plecare banalitatea vieţii curente, ci chiar filosofia. Dacă Descartes începea să îşi pună problema criteriului existenţei, îndoindu-se, ca un om obişnuit, de certitudinile întâlnite în viaţa de zi cu zi, în sec. XX, Husserl spune explicit că această "lume a vieţii" curente (Lebenswelt) e punctul de plecare al căutărilor sale filozofice. Iar filosofia scoţiană a "simţului comun" a stat la baza multor cercetări şi elaborări în veacul ce a trecut. Mai ales în direcţia filosofiei limbii s-a progresat enorm, descoperindu-se că limbajul natural include întreaga logică tradiţională cu "functorii săi logici", precum: da, este, nu, nu este, şi, sau, dacă - atunci etc. Ba şi comportamentul etic se sprijină pe expresii deontice cum ar

fi: permis, interzis, obligatoriu. Sunt apoi cuvinte ce exprimă intenţionalitatea, expresii perlocutive, metafore şi un întreg joc lingvistic, despre care vorbea Wittgenstein ca aproximând continuu, normativ, realitatea. Ce să mai spunem, viaţa cotidiană e locul cel mai potrivit pentru cercetarea multor aspecte ale existenţei umane, de la caracterologie la cele ce se spun în cadrul ”psihologiei populare” de care cognitivismul şi „filosofia minţii” ţin cont. Deci, putem pleca liniştiţi în demersul nostru de la firescul vieţii de zi cu zi.

Un gospodar, ca de exemplu Gheorghe, are grija de gospodăria sa, le pune pe toate la locul lor după ce-şi termină treaba, face curăţenie şi se odihneşte în pace, prinzând forţe pentru o nouă zi de muncă. Şi la fel, orice om îşi face mereu ordine în lucrurile de trebuinţă, în casă, în dulapuri, printre uneltele de la locul de muncă, în cărţi şi în idei. E bine să fii ordonat şi atunci când organizezi un eveniment, de exemplu câte un simpozion ştiinţific, aşa cum face uneori Vasile. Ca să organizezi ceva bine, trebuie să te gândeşti la toate, să fii capabil de o privire de ansamblu, să ţii seama de multe eventualităţi, să ai totul sub control, într-o bună ordine ştiută, ducând treaba până la capăt. Ordinea e o condiţie de posibilitate a vieţii normale, eficiente şi creatoare. Iar împreună cu curăţenia, asigură o viaţă firească.

Sunt desigur gospodari buni şi pricepuţi, care ştiu cum să facă pentru a-şi mări avutul, gospodari care ţin cu pricepere totul în mâini, a căror casă şi îmbrăcăminte strălucesc de curăţenie şi frumuseţe în zilele de sărbătoare. Există şi buni organizatori de evenimente, precum şi oameni care ştiu cum trebuiesc sistematizate cele necesare. După cum există, desigur, şi oameni dezordonaţi şi leneşi, împrăştiaţi, indolenţi, nehotărâţi, în jurul cărora lucrurile stau la voia întâmplării. În gospodărie se adună gunoiul şi murdăria, nici un lucru când îl cauţi nu îl găseşti, şi peste toate se aşterne praful şi mucegaiul.

Ordinea poate avea legătură cu psihopatologia. Cine face prea multă ordine şi curăţenie acasă sau la locul de muncă poate apărea la început doar ca o fire particulară, pedantă şi perfecţionistă, adică obsedată de ordine. Lucrurile pot lua însă o întorsătură mai deosebită. Ordinea şi curăţenia, aşezarea fiecărui lucru la locul lui de îndată ce a fost mutat, poate să preocupe prevalent unele persoane. Sunt oameni care ajung să petreacă ore în şir cu ordonarea lucrurilor, cu variante ale proiectelor de organizare sau cu sistematizări inutile. Dacă o locuinţă ajunge să fie hiperordonată, astfel încât nimic să nu se mai mişte din poziţia lui fixă, intrăm într-un spaţiu încremenit, neviu. Dacă e prea multă ordine, ceva „nu e în ordine". Sau, cum se exprima un filosof român: există un haos al hiperordinii.(**4**)

O astfel de intoleranţă la schimbarea fizică a ambianţei se poate manifesta din copilărie, devenind vizibilă la 3-4 ani, să zicem la unul din nepoţii lui Vasile. Tulburarea aceasta developmentală a fost descrisă de Kanner şi etichetată în prezent ca autism infantil. Copilul nu e atent la faţa altor persoane, nu rezonează afectiv cu mama, e preocupat de jocuri constructive, are mişcări repetitive, iar dacă un obiect nu mai e la locul său, intră în agitaţie extremă. Autiştii pot manifesta şi alte particularităţi : nu folosesc limbajul pentru comunicare, pot avea uneori o memorie mecanică prodigioasă realizând şi calcule uimitoare, sunt atenţi la detalii, sesizând cu dificultate ansamblurile, ş.a.m.d.

Nevoia ca ambianţa spaţială să nu se schimbe, intoleranţa la schimbare, se întâlneşte însă şi la unele persoane adulte cu o fire particulară, care au fost încadrate în grupul psihopatologiei obsesiv compulsive. Dar, spre deosebire de autişti, acestea sunt persoane active, preocupate în mod deosebit de muncă şi performanţă. Ele sunt acelea despre care se menţiona mai înainte că pot avea o înclinaţie deosebită spre ordine, ordonare şi curăţenie, spre planuri de organizare şi spre sistematizări neîncetate.

Nevoia exagerată de ordine a obiectelor din jur poate fi însă prezentă şi la persoana fără simptome obsesive majore. Charles Dickens se asigura zilnic că în casa sa totul e la locul lui, bine stabilit, inclusiv tablourile şi picturile, înainte de a-şi începe lucrul; şi nu putea scrie nimic dacă lipsea din faţa sa, aşezat într-o anumită poziţie, un anumit cuţit de tăiat hârtie.

O altă caracteristică ce poate fi comună autiştilor şi obsesivilor este colecţionarismul. Dar până la a fi patologic, colecţionarismul poate fi un simplu hobby, derivat din nevoia firească a omului şi a unor animale de a face provizii şi care se aplică acum la teme omeneşti.

Să continuăm scenariul început prin ipoteza că Vasile e şi colecţionar de timbre. Colecţionarii se pot orienta în multe direcţii, faptul depinzând până la un punct şi de resursele financiare. Nu oricine poate să îşi permită a fi colecţionar de opere de artă sau de cărţi rare. Dar cei care colecţionează cutii de chibrituri sau şerveţele de masă, au mai puţine probleme cu banii. Multe tipuri de colecţionari sunt bine organizaţi în asociaţii de profil şi se documentează serios în problemă. De exemplu cei ce colecţionează scrisori din timpul primului Război Mondial. Problema cu colecţiile, dincolo de pasiune şi de aspectul financiar, constă în faptul că obiectele colecţionate trebuie ordonate, clasificate, sistematizate. Clasificarea şi sistematizarea sunt, în unele domenii cum ar fi bibliotecologia, o adevărată ştiinţă. (**5**) Problema nu se pune însă la fel pentru colecţionarismul patologic al unor autişti şi obsesivi. Ei adună obiecte inutile, nesemnificative şi le aşează într-o grămadă, în casă sau pe terasă, până când nu mai e loc să te mişti. Unele persoane cu tulburare obsesiv compulsivă adună chiar gunoaie de pe stradă şi le depun în apartament.

În ultimii ani s-a descris un sindrom ce a căpătat numele lui Diogene. El se manifestă la persoane mai în vârstă, fără o locuinţă stabilă, ce prezintă o anumită deteriorare a personalităţii şi a cogniţiei. Acestea petrec majoritatea timpului pe

străzi şi prin gunoaie, adunând tot felul de lucruri inutile pe care le depozitează în locurile în care dorm. Şi care, astfel, devin focare de murdărie şi infecţie. Deci, dacă colecţionarismul e o faţetă a existenţei umane fireşti, care poate apărea ca hobby-ul unor tipuri de personalitate, cel patologic e lipsit de înţeles şi de semnificaţie. Menţionăm, pentru configurarea orizontului particular al colecţionarismului, cazul unei persoane inteligente, culte şi cu un înalt statut social, care colecţiona tot felul de lucruri. Pe lângă cărţi de diverse feluri reunea pe dischete muzică, filme, spectacole, partide sportive. Mai multe televizoare şi aparate erau programate ca la anumite ore, fixate pe un program, să înregistreze concerte, partide de fotbal, opere în diverse interpretări. Desigur, a fost prezentă problema sistematizării acestor colecţii care în majoritatea lor erau extrem de utile. Menţionăm acest caz deoarece manifestările şi comportamentele umane, chiar exagerate, nu conduc direct la patologie psihică. Aceasta se corelează cu ansamblul manifestărilor şi funcţionării persoanei, deseori intervenind mulţi factori integratori compensatori cu valenţe pozitive, chiar creatoare. Actorul Lawrence Olivier colecţiona compulsiv tot felul de fleacuri: tichete, recipise, facturi şi mai ales scrisori.

Să revenim acum la obsesivul chinuit de problema ordinii. Lăsăm pentru moment la o parte tema sistematizării, importantă pentru orice posesiune - pentru colecţii, dar şi pentru gânduri şi creaţie - pentru a ne concentra puţin asupra curăţeniei. Într-o gospodărie, într-o locuinţă, ordinea şi curăţenia merg până la un punct mână în mână. Când se face curat, lucrurile se pun toate la locul lor. Totuşi, curăţenia are şi specificul ei. Ea e necesară pentru a îndepărta murdăria şi pericolele ce vin odată cu aceasta, mai ales bolile. Azi ştim să vorbim despre microbi şi virusuri, despre contaminarea cu substanţe chimice şi diverse noxe neperceptibile prin simţuri. Ideea de bază e însă, dincolo de evoluţia ştiinţei şi

cunoaşterii noastre cea de contaminare a corpului cu ceva periculos. Ca şi cum suprafaţa şi limitele corpului, pielea şi îmbrăcămintea nu ar mai constitui un nivel protector, care apără ceea ce e înăuntrul propriului ”corp-eu” de ceea ce e în afara sa. La unii obsesivi principalul simptom patologic este spălarea compulsivă a mâinilor de sute de ori pe zi, - ablutomania - în ciuda unui raţionament lucid privind absurditatea acestui comportament.

Spălarea mâinilor îşi are, desigur, raţiunile sale. În primul rând, mâna este la om partea corpului cea mai expusă contaminărilor nocive, fiind în acelaşi timp organul corporal cu care ne alimentăm. Deci, cu care am putea vehicula în corp lucruri nocive. În reprezentarea corpului pe cortexul cerebral motor şi senzorial, cele mai largi arii le ocupă faţa şi mâna. Dar spălarea pe mâini are şi o semnificaţie cultică. Pilat din Pont, când l-a dat pe Isus pe mâna iudeilor, a cerut să se spele pe mâini, cu semnificaţia faptului că nu se consideră vinovat de acest păcat. Contaminarea care îl chinuie pe obsesivul ce se spală fără de oprire pe mâini, e contaminarea cu “ceva rău, dar nevizibil”. Există pacienţi care se simt terifiaţi de faptul că au fost ”atinşi” şi deci ”contaminaţi” de către o persoană străină, posibil vehicul a ”ceva” malefic. Deci, o trăire de tip magic. Şi astfel, pe lângă ordonare şi colecţionarism, obsesia compulsivă a contaminării şi curăţeniei circumscrie cea de a treia clasă de manifestare a acestei patologii. Înainte de a aborda cea de a patra clasă, care e cea a verificărilor condiţionate de îndoială, să revenim puţin asupra temei ordinii, pe care psihopatologia obsesiei şi autismului – împreună cu cea a schizofreniei, despre care se va vorbi mai târziu – o aduce în faţă.

Ordinea nu e doar o problemă a vieţii omului individual. Deşi fiecare persoană ar trebui să aibă sau să facă puţină ordine în viaţa sa. Ea este şi o problemă socială, corelată cutumelor, normelor şi legilor. Deviza “Lege şi ordine”

a fost şi este folosită de variate partide politice. În toate societăţile moderne sunt funcţionale “forţele de ordine”. Din vremea lui Cezar şi până la Războaiele noastre Mondiale armata a presupus „ordine şi disciplină”, fapt ce i-a sugerat lui Constantin Noica să denumească logica tradiţională a supunerii individului faţă de general ca „logica lui Ares”. Ordinea e apoi inclusă în concepţia sacrală a lumii şi societăţii, fiind implicată în orice ierarhie. E de ajuns să citeşti cartea despre ”Ierarhiile cereşti” ale lui Pseudo Dionisie Areopagitul, să fii atent la ierarhia Bisericii Catolice, să arunci un ochi asupra organizării şi funcţionării statelor totalitare, structurate ca o cazarmă. O ordine socială e însă oricând necesară. Iar ”nebunii” au trebuit uneori să fie internaţi, conform legii, împotriva voinţei lor, deoarece perturbau prea tare ordinea publică. Desigur, aceste aspecte sociale, în majoritatea lor, nu sunt corelate cu psihopatologia. Dar ele fac parte integrantă din dimensiunea ”umanului”, a ”antroposului”. După cum din această dimensiune fac parte şi discursurile retorice, piesele de teatru sau romanele, care implică şi ele o anumită ordine a expunerii. La fel ca orice creaţie umană, ştiinţele şi matematicile invocă şi ele ordinea, de la cea a creşterii numerice până la cea a structurilor complexe. Filosofia aurorară a presocraticilor a introdus, prin Pitagora, tema ordinii lumii, a ”cosmosului” opus haosului. Lume care e constitutivă existenţei umane, cel puţin dacă urmăm, împreună cu Heidegger, analitica Dasein-ului, care ne conduce la ”existenţialul faptului de ”a-fi-în-lume”: ”in der Welt sein”. Această problematică a ordinii se cere reamintită când e comentată psihopatologia, nu doar datorită expresiei oficiale de dezordine mentală, ”mental disorder”, ce se foloseşte în engleză pentru tradiţionala nebunie. Ci deoarece, existenţa unei persoane singulare reflectă – ca ”pars pro toto” sau ca în teoria fractalilor – o problematică antropologică mult mai vastă. Abordând tulburările psihice, ni se înfăţişează ceva din infrastructura de fond a acestei existenţe umane, a fiinţei

fiinţării antroposului, ca parte a cosmosului. Căci stările psihopatologice pot fi considerate, aşa cum au gândit mai mulţi psihopatologi în sec. XX, (**6**) ca ”experimente naturale” care dezvăluie câte ceva din această infrastructură, atrăgând atenţia asupra organizării condiţiei generale a omului. Poate de aceea mai tot timpul filosofii s-au interesat de nebunie.

Ne întoarcem acum la patologia obsesiv compulsivă, la ultima dintre cele patru clase tipologice principale pe care specialiştii le-au identificat în această tulburare care gravitează în jurul îndoielii şi verificării.

Verificarea e unul din principalele comportamente exagerate şi involuntare, care-l chinuie pe subiect. El verifică mereu, fără a se opri, dacă a închis uşa sau robinetul cu apă, lumina sau gazul. Mai deosebite sunt obsesiile stârnite de pornirile agresive. Subiectului îi apar în minte idei ciudate, cum ar fi acelea de a lovi pe altul, de a sparge şi da foc, de a îmbrânci copii sau bătrâni, obsesii homosexuale, chiar gândul de a-şi omorî propriul copil. El e îngrozit de aceste obsesii pe care nu le poate îndepărta şi îi induc o teribilă anxietate; şi verifică fără oprire dacă nu cumva a şi făcut actele respective.

Mai ales că, în unele cazuri, el resimte o mare apropiere sau chiar o contopire între gând şi act. Intenţia de a da foc echivalează cu faptul de a fi dat deja foc; dacă se gândeşte îngrijorat ca soţia să nu aibă un accident de maşină, poate resimţi că prin gândul său a şi grăbit sau determinat accidentul respectiv. Verificările repetate nu îl liniştesc. Obsesivul e dominat de incertitudine, de îndoială, de nesiguranţă. Dar dacă totuşi nu a verificat bine? Şi compulsia verificării se repetă.

Îndoiala e un fenomen uman obişnuit, firesc şi necesar, la fel ca şi verificarea. Patologia e dată doar de accentuarea acestor fenomene, ce trec în prim plan, decontextualizându-se şi manifestându-se rigid, repetitiv.

Dar îndoiala nu e doar un aspect pragmatic al existenţei umane, al omului ce verifică.

Ea este şi un fenomen cognitiv fundamental, necesar căutării temeiului, raţiunii de a fi a adevărului. Te îndoieşti dacă ai văzut sau nu un lucru; sau dacă l-ai văzut corect; sau dacă ceea ce ai trăit a fost adevărat. Adică dacă a fost, cum se spune, ”de-adevăratelea”. Dincolo de experienţele personale, credinţele şi convingerile comunităţilor variază şi ele; astfel încât ele nu sunt identice în diverse locuri şi timpuri.

Atunci când compari mai multe opinii diferite ale indivizilor şi popoarelor, te întrebi care a fost adevărul despre lume, despre ”cum stau lucrurile”, te întrebi: ”care e de fapt adevărul?”. Această problemă şi-au pus-o filosofii sceptici din perioada de sfârşit a gândirii greco-romane, de la Phyrron la Sextus Empiricus. Şi ei au ajuns la concluzia că, practic, ar trebui să te îndoieşti de toate. Că îndoiala are o forţă universală şi singura soluţie este cea a suspendării judecăţii.

În cazul îndoielii suntem iarăşi într-o zonă în care trăirile normale şi cele patologice au un reflex în speculaţia filosofică, la fel ca în cazul ordinii şi ordonării. Desigur, credinţa în Dumnezeu înlătură îndoiala ultimă. Dar filosofii modernităţii Europei au reintrodus metoda îndoielii, începând cu Descartes, care susţinea că singurul lucru de care nu te mai poţi îndoi este faptul că, prin însăşi îndoială, raţionezi, cugeţi. Problema filosofică a îndoielii sceptice a rămas însă, cu ea confruntându-se de exemplu Kant, Hegel şi alţii, convinşi că au găsit o soluţie pentru această teribilă sfidare. În infrastructura specificului existenţei umane se află şi tema îndoielii, care în psihopatologie ajunge uneori să chinuie persoana ce recurge inutil la compulsia verificării.

Strâns corelată cu îndoiala e indecizia, fenomen care este şi el caracteristic obsesivului. Să fac asta sau să fac celălalt lucru, opus primului? Să fac

aşa sau să fac altfel? Să cumpăr acest lucru sau să nu-l cumpăr, să citesc sau să nu citesc această carte? ş.a.m.d. Sfâşiat între alternative, omul obsesiv ajunge să nu se mai poată hotărî, astfel încât nu mai face nimic, manifestându-se ca un leneş, lipsit de voinţă, abulic. Obsesivul psihasten poate începe multe lucruri fără a termina niciunul. Sau poate promite mereu, fără a se ţine de cuvânt. El reia şi reia mereu aceleaşi proiecte, bătând pasul pe loc. Asta dacă totuşi trece de primul pas, cel al indeciziei iniţiale. Astfel încât alţii nu se pot baza pe el, nu se simt siguri in preajma sa. Iar el simte nevoia unei protecţii.

În legătură cu indecizia şi proiectele, merită subliniată încă o caracteristică a patologiei obsesive, legată de planificare. Tipul particular de personalitate ce are caracteristici obsesiv compulsive – psihastenul, anankastul – este un om care e excesiv preocupat de muncă şi activitate. El îşi dedică toată viaţa muncii, nu ştie să se relaxeze, să ”piardă vremea” în concediu, nefăcând nimic şi stând întins la soare, eventual la o bârfă. Anankastul îşi ia dosarele de lucru şi când se duce la mare, pe plajă. În plus, el încearcă să planifice totul, până în cele mai mici amănunte. Şi acesta nu doar pentru a organiza o manifestare sau a întreprinde o activitate importantă şi responsabilă. Dacă se duce într-o audienţă, el va pregăti ceea ce are de spus şi îşi va imagina diferite variante ale răspunsurilor pe care le-ar putea primi, elaborând diferite scenarii posibile ale viitoarei întrevederi. Când pleacă la cumpărături, îşi face lista cu cele de care are nevoie, dar se gândeşte şi cu ce va înlocui pe cele care eventual nu le va găsi, precum şi eventualele drumuri la alte magazine mai apropiate sau mai îndepărtate, în căutarea eventualelor cumpărături negăsite. Când se întoarce acasă de la serviciu, pe scări îşi reprezintă faptul ca urmează sa scoată cheia, să descuie uşa, să despacheteze ceea ce are la el, să se dezbrace, etc. Cu alte cuvinte, anticipează reprezentativ, hiperreflexiv şi inutil, diverse eventualităţi ale acţiunilor şi evenimentelor expectate. Îndoiala şi

nesiguranţa se corelează cu invazia posibilelor nestructurate, mai ales în aria acţiunilor, proiectelor şi evenimentelor pe care subiectul le are în vedere. Iar îndoiala, indecizia, nesiguranţa, creează o atmosferă în mijlocul căreia cresc şi se impun repetiţiile şi verificările compulsive stereotipe.

Omul poate prezenta tulburări mentale, aşa cum e cea obsesiv-compulsivă, ce se manifestă prin trăiri subiective şi comportamente anormale, necontrolabile, dezadaptative.(**7**)

În tulburarea obsesiv compulsivă esenţiale sunt trăirile repetitive ce apar fără intenţia şi asentimentul subiectului, care luptă împotriva lor fără succes, egodiston. Aşa sunt trăirile obsesive ce constau în nevoia de a face ordine şi curăţenie, ideea de contaminare cu microbi sau de a lovi pe cineva. Compulsiile constau din comportamente repetitive simple ca ordonarea lucrurilor, spălatul pe mâini, verificările, colecţionarismul. Multe compulsii sunt corelate cu obsesiile, ca în cazul ordonării sau ablutomaniei. Există şi compulsii mentale. De exemplu faptul de a spune în gând o rugăciune dacă te-ai gândit la un lucru urât; sau a număra într-un anumit fel înainte de a de a deschide uşa. Precum şi compulsii nelegate de idei obsesive, cum sunt unele ritualuri şi ceremonialuri.

Trăirile obsesiv compulsive egodistone, înţelese ca simptome maladive, sunt mari consumatoare de timp, subiectul putând pierde ore în şir cu spălatul, ordonatul, verificatul sau număratul obsesiv. Simptomele sunt conştiente şi chinuitoare, repliază subiectul pe el însuşi, pot condiţiona anxietate şi sentimente de vinovăţie. Randamentul profesional şi viaţa socială sunt perturbate.

Pe scurt e vorba de o tulburare de tip medical ce e diagnosticată şi tratată, chiar dacă pacienţii se internează rar în spital. Tratamentele actuale sunt medicamentoase şi psihoterapice, comportamental cognitive.

Tulburarea obsesiv compulsivă – TOC – este una dintre manifestările psihopatologice pe care medicina psihiatrică le descrie, le diagnostichează şi le tratează. În prezent, acestea sunt nominalizate în sisteme şi manuale de diagnosticare recunoscute internaţional, aşa cum e ICD-10 OMS şi DSM-IV-TR APA. Criteriile DSM IV TR pentru diagnosticarea TOC sunt prezente în tabelul I.

Tabel I. Criteriile DSM IV TR pentru tulburarea obsesiv-compulsiva (TOC)
Sunt prezente obsesii şi/sau compulsii. Obsesiile sunt: gânduri, impulsuri sau imagini ce apar recurent, intruziv, neadecvat, condiţionând o pronunţată anxietate şi neplăcere; ele nu sunt doar trăiri exagerate ale problemelor de viaţă; subiectul încearcă să le înlăture sau să le neutralizeze; ele sunt resimţite ca izvorând din propria minte (şi nu impuse din afară). Compulsiile sunt: comportamente sau stări mentale repetitive (spălatul mâinilor, ordonarea, colecţionarea, rugăciunea, repetarea unor cuvinte în minte) ce apar ca răspuns la obsesii sau în conformitate cu unele reguli ce se aplică rigid; ele se produc pentru a contracara obsesiile sau unele situaţii, fără a se articula însă realist cu acestea. Subiectul recunoaşte, cel puţin în unele perioade, că obsesiile şi compulsiile sunt excesive şi nerezolvabile. Acestea produc neplăcere interioară şi consumă timp, interferând cu activităţile zilnice. Dacă sunt prezente şi alte tulburări, obsesiile şi compulsiile nu sunt integrate în acestea (ca de exemplu: gândurile de vinovăţie la un depresiv) şi nu sunt condiţionate direct de efectele unei substanţe sau de o condiţie medicală generală. În unele cazuri subiectul nu are conştiinţa tulburării (”insight”).

Manuale mentionate oferă o descriere a tulburării şi criterii de diagnosticare. Sistemul ICD-10 OMS are capitole pentru toate bolile. Tulburările psihice (şi comportamentale) sunt plasate la litera F, capitolul fiind subîmpărţit în 10 mari clase.

Tabel II. Clasele în care sunt împărţite tulburările mentale în ICD-10	
F00 -F09	Tulburări mentale organice, inclusiv simptomatice: demenţa în boala Alzheimer, demenţa vasculară.
F10 - F19	Tulburări mentale şi de comportament datorate utilizării substanţelor psihoactive.
F20 - F29	Schizofrenie, tulburări schizotipale şi tulburări delirante.
F30 - F39	Tulburări ale dispoziţiei (afective): episod maniacal, tulburare afectiv bipolară, episod depresiv, tulburare depresiv recurentă.
F40 - F48	Tulburări nevrotice, corelate cu stresul şi tulburări somatoforme.
F50 - F59	Sindroame comportamentale asociate perturbărilor fiziologice şi factorilor fizici: tulburări ale instinctului alimentar, ale somnului, asociate cu puerperiu.
F60 - F69	Tulburări de personalitate şi de comportament ale adultului: tulburări specifice de personalitate, tulburări ale deprinderilor şi impulsurilor, ale identităţii, preferinţelor sexuale, etc.
F70 - F79	Retardare mentală.
F80 - F89	Tulburări de dezvoltare psihologică.
F90 - F98 F99	Tulburări comportamentale şi emoţionale cu debut de obicei în copilărie şi adolescenţă: tulburare hiperkinetică, ale conduitei, etc. Tulburare mentală nespecifică.

Dacă ne întrebăm: ce e tulburarea mentală? din această perspectivă a bolilor, răspunsul e dificil. Sistemul DSM-III-IV a încercat totuşi un comentariu, care a fost şi este mult dezbătut şi controversat şi care în esenţă este prezentat în Tabelul III.

Tabel III. Conceptualizarea generică a tulburării mentale în DSM-IV-TR
Un sindrom sau o configuraţie de simptome comportamentale şi psihologice semnificative clinic, ce apare la un individ şi e asociată cu suferinţa (”distress”) sau dizabilitate (deficienţe de funcţionare în roluri sociale) sau cu un risc crescut pentru moarte, suferinţă (”pain”), dizabilitate sau o importantă pierdere a libertăţii. Sindromul sau configuraţia trebuie să nu fie răspunsul la un eveniment special (de exemplu moartea cuiva iubit), aşa cum este el resimţit şi trăit în mod obişnuit în cultura respectivă. Sindromul, indiferent de cauza lui originară, trebuie considerat ca o manifestare a unei disfuncţii comportamentale, psihologice sau biologice a individului. Nu se consideră tulburare mentală comportamentul deviat (politic, religios sau sexual) sau conflictele între individ şi societate, dacă acestea nu sunt simptome ale unei disfuncţii la nivelul individului.

În prezentarea acestei conceptualizări, autorii manualului comentează: - Expresia ”tulburare mentală” sugerează din păcate că ar exista diferenţe între tulburările fizice (biologice) şi cele mentale, în sensul unui anacronic dualism minte/corp, ceea ce nu e cazul. - Nicio definiţie nu poate stabili limite precise pentru ”tulburarea mentală” în raport cu normalitatea mentală, prin concepte ca: suferinţă, disconfort, dezavantaj, dizabilitate, inflexibilitate, iraţionalitate, configuratie sindromatologica, etiologie şi deviatie statistica; ace3stea folosesc indicatori utili, dar nu sunt echivalentul unui concept; diferite situaţii solicită diferite înţelesuri.

Dezbaterea asupra întrebării: ce este tulburarea mentală, priveşte întreg conţinutul acestei cărţi, motiv pentru care circumscrierea americană nu e analizată la acest nivel. Deoarece am început însă prin a căuta punctul de plecare al acestei tulburări în afara spitalelor, în mijlocul vieţii curente, în familiile şi casele oamenilor, în mijlocul vieţii sociale şi culturale, vom mai propune pentru început încă două scenarii, în mijlocul familiilor deja prezentate.

Ne vom opri puţin la vilă, în familia lui Vasile, a cărui soţie, Simona, e contabilă şi a avut o perioadă de muncă mai intensă, cu inspecţii, ore suplimentare, mici tracasări. Deşi nu s-a întâmplat niciun eveniment deosebit, Simona a ajuns să se simtă foarte obosită. Nu mai doarme bine, trezindu-se la 3 dimineaţa, i-a dispărut pofta de mâncare, randamentul în muncă e redus, concentrarea dificilă, parcă nu mai are chef de nimic. Proasta dispoziţie se accentuează de la o săptămână la alta, apar dureri abdominale şi constipaţie. În decizii e tot mai nehotărâtă, preferă să nu-şi mai vadă cunoştinţele, vorbeşte puţin şi stă majoritatea timpului liber întinsă în pat. Un consult la medicul de familie indică o colită spastică. Ia un scurt concediu medical, dar nu se reface, slăbeşte tot mai mult în greutate, nu mai are încredere în ea însăşi. Se simte vinovată fără motiv, lipsită de

speranţă şi tristă. Tristeţea nu e în prim plan, dar experienţa de viaţă o îndrumă la medicul psihiatru. Acesta diagnostichează o tulburare depresivă de intensitate medie şi recomandă medicaţie antidepresivă.

După câteva săptămâni de tratament, Simonei îi revine pofta de mâncare şi de viaţă; energia creşte, somnul se echilibrează şi îşi reia activitatea.

Experienţa de viaţă menţionată mai sus constă în faptul că în urmă cu trei ani, când i-a murit de cancer, după câteva luni de suferinţă, tatăl la care ea ţinea foarte mult, Simona a avut o reacţie de doliu prelungită. Toată familia şi cunoştinţele apropiate au fost triste, dar Simona nu mai dormea noaptea, era inapetentă, a slăbit mult, se considera vinovată că nu l-a îngrijit destul.

Tabel IV. Criteriile DSM-IV-TR pentru diagnosticul de ”Episod depresiv major”

Criteriul A: Să fie prezente cel puţin 5 din următoarele 9 simptome (obligator unul din primele 2) exprimând o schimbare a funcţionării psihice anterioare.

1. O dispoziţie depresivă aproape întreaga zi, aproape în fiecare zi, indicată cu informaţii subiective (se simte rău sau golit) sau cu observaţiile altora (apare trist, iar la copii şi adolescenţi poate fi o dispoziţie iritabilă);
2. O scădere marcată a interesului sau plăcerii în toate sau aproape toate activităţile;
3. O semnificativă scădere sau creştere în greutate, (de exemplu 5% din greutatea corporală, pe o perioadă de o lună), nedatorată unei diete speciale, cu modificări ale apetitului zilnic;
4. Insomnie sau hipersomnie, aproape în fiecare zi;
5. Agitaţie sau inhibiţie psihomotorie observabile şi de alţii (şi nu doar cu sentimente subiective);
6. Oboseală sau scădere a energiei;
7. Sentimente de lipsă de valoare sau de vinovăţie excesive şi nemotivate (nu doar vinovăţia de a fi bolnav);
9. Scăderea abilităţii de a se concentra şi gândi sau indecizie.

Simptomatologia nu întruneşte criteriile pentru ”Episodul mixt” (criteriul B), cauzează suferinţă clinică semnificativă sau deficienţe în funcţionarea socială, ocupaţională (criteriul C), nu se datorează efectelor directe ale unui consum de substanţe sau ale unei condiţii medicale generale (criteriul D), nu se datorează doliului, sau când acesta e prezent simptomatologia se exprimă mai mult de 2 luni, determină o pronunţată deficienţă în funcţionarea socială, o preocupare morbidă, cu lipsă de valoare, ideaţie suicidară, inhibiţie psihomotorie, simptome psihotice.

Nu mai avea chef de nimic, a evitat luni de zile societatea, astfel încât soţul ei a devenit îngrijorat. A consultat un psiholog şi un psihiatru. Iar concluzia a fost că reacţia de doliu, până la un punct firească, avea tendinţa de a se prelungi într-o stare depresivă. De altfel, în familia ei, mama sa a avut de asemenea trei episoade depresive de câteva luni, care nu erau prea clar motivate de evenimente de viaţă. Iar Simona, care avea o fire foarte conştiincioasă, era şi un om mai puţin asertiv, care trecea cu greu peste frustrări şi eşecuri.

Tristeţea este o trăire umană dintre cele mai obişnuite, ea apărând deseori când omul pierde un lucru important pentru el. Iar doliul este o stare specială, recunoscută social ca un eveniment în cadrul căruia omul în mod firesc are un comportament de tip depresiv; motiv pentru care este şi ritualizată cultural. De ce atunci depresia se numără printre tulburările psihice? Ba mai mult, se susţine că poate e cea mai frecventă tulburare psihică. E vorba, desigur, de o tranziţie continuă de la normal la anormal şi patologic, bazată pe intensitatea fenomenului şi alunecarea sa într-o variantă de trăire dezadaptativă. Doliul pe care l-a trăit Simona la moartea tatălui ei a fost mai intens decât cel trăit de celelalte rude. Apoi, intră în joc contextul, evenimentele comprehensive, ce se adaugă evenimentului de pierdere, care condiţionează depresia normală. La începutul sec. XX, K. Jaspers, primul autor important al unei cărţi de psihopatologie, a comentat reacţiile anormale comprehensive, luând ca exemplu şi doliul. Dar actuala stare depresivă a Simonei nu mai are o cauză evidentă. Epuizarea în urma efortului şi solicitărilor prelungite poate favoriza şi ea depresia. Dar relaţia nu mai e aşa de evidentă ca în cazul doliului. La o persoană dată pot exista, desigur, o mulţime de psihotraume sau evenimente de viaţă speciale, care se cumulează în timp. Se pot adăuga problemele trenante ale vieţii de zi cu zi, conflictele intrapsihice neconştiente sau schimbările de viaţă. Aceste schimbări, chiar dacă sunt favorabile, necesită de

obicei un efort de readaptare. În această perspectivă a unui cumul de factori mai trebuie adăugaţi cei de suport psihologic şi cei de satisfacţie. Aceştia, prin deficitul lor, pot de asemenea favoriza depresia şi alte tulburări psihice. Iar apoi se cere adăugată ereditatea şi alte condiţii biologice. Încetul cu încetul, condiţionarea depresiei devine o problemă de analiză multifactorială a cărei complexitate o aduce în discuţie doctrina vulnerabilitate/stres. Aceasta înlocuieşte până la un punct, în zilele noastre, ceea ce mai demult se numea condiţionarea "endogenă" a tulburării. Adică apariţia ei în afara unor factori determinanţi actuali evidenţi.(**8**)

Tabel V. Factori ce pot interveni pentru a agrava reacţii psihice comprehensibile

Stresori	**Vulnerabilitate de fond**	**Factori protectivi**
Psihotraumă, eveniment recent impresionabil,solicitant. →	Genetică	← Reţea de suport social
Cumulare în ultima perioadă a mai multor solicitări şi epuizări, eşecuri. →		← Satisfacţii Odihnă Relaxare
Schimbări de viaţă recente ce necesită efort de readaptare →		← Abilitate de a face faţăstresorilor (coping).
Probleme tensionate în viaţa de zi cu zi →	Biografia	

Pe lângă intensitatea şi condiţionarea stării depresive, conturul psihopatologic al unui episod constă şi din disfuncţionalitatea socială ce se manifestă de exemplu prin lipsa de la locul de muncă, prin dezimplicarea din activităţile gospodăreşti şi de susţinere a celor din familie. Apoi depresivul poate să

aibă o ideaţie suicidară, chiar să se sinucidă, mult mai frecvent decât restul populaţiei. Iar scăderea în greutate şi variatele disfuncţii endocrine şi imunitare ce însoţesc depresia ridică importante probleme pentru sănătate. Nu e de neglijat nici suferinţa personală, care poate fi intensă în cadrul lipsei de speranţă depresive. Omul nu se mai poate controla şi dirija. El nu cere şi deseori nici nu acceptă ajutorul altora. S-ar mai adăuga faptul că depresia patologică este o trăire care simplifică viaţa psihică a omului. Aceasta ajunge să fie lipsită de nuanţele tristeţii normale. Existenţa depresivului devine monotonă şi rigidă, ca un bloc de piatră neagră pe care nu mai creşte verdeaţă şi flori. Deci, o lungă listă de caracteristici diferenţiază depresia patologică de tristeţea umană şi de doliul firesc.

Tabel VI

Tristeţea reactivă, comprehensivă doliul

Declanşarea nemijlocită în urma unui eveniment (pierdere, doliu)

Este comprehensivă pentru alţii
Este respectată şi ritualizată social.

Intensitate medie a simptomelor se menţine legătura cu ambianţa, cu lumea funcţionare socială redusă temporar.

Revenire treptat, spontană

Simptomatologia depresiei

Subiectiv	Cognitiv şi relaţional	Psihomotor, corporal
Tristeţe. Lipsă de speranţă. Lipsă de interes, iniţiativă, plăcere. Dezinteres faţă de viitor şi prezent, Repliere pe trecut. Autodepreciere. Vinovăţie. Vid interior. Ideaţie suicidară.	Dificultăţi de concentrare. Lentoare, inhibiţie, sărăcie ideatică, scăderea performanţelor intelectuale. Retragere socială, izolare.	Inhibiţie şi lentoare psihomotorie. Inapetenţa cu scădere în greutate. Insomnie de trezire şi stare subiectivă de rău matinal. Scăderea libidoului. Spasme pe organe interne cavitare. Reducerea imunităţii.

Depresia patologică endogenă

Apariţia spontană, fără motiv sau cu motiv minor

Decontextualizare

Intensitate mare a simptomelor calitatea specială a trăirilor simptomatologia e simplă, monotonă rigidă, subiectul e rupt de problemele vieţii, areactivitate la ambianţă, repliere pe sine, majora nefunctionare socială, pericol vital.

Tratament

Revenire spontană rară şi dificilă.

Toate cele menţionate mai sus sunt valabile şi pentru tulburarea obsesiv compulsivă şi pentru alte stări psihopatologice. Existenţa unui continuum de normalitate se cere clarificat pentru toate tulburările psihice. Întrebarea privitoare la "ce e tulburarea mentală" însă persistă.

Ne mutăm acum în casa lui Gheorghe, la cealaltă familie, a cărui soţie, Maria, a fost toată viaţa o fire emotivă. În ultimul timp a constatat că îi este tot mai greu sa meargă la piaţă sau la magazin după cumpărături, mai ales dacă e multă lume. Avea senzaţia că se sufocă şi lumea se învârte cu ea, aşa că ieşea repede la aer curat. Mergând cu autobuzul la oraş a avut o criză puternică: inima îi bătea repede şi cu tărie, a simţit că leşină, că moare, transpira din cap până în picioare, nu mai avea aer. Au oprit autobuzul, a ieşit din aglomeraţie, a venit maşina salvării, dar la spital nu s-a constatat nimic anormal, iar electrocardiograma era şi ea bună. După încă o astfel de criză în aglomeraţie a început să evite plecările singură de acasă.

Chiar şi pe stradă unde era multă lume nu se simţea bine. Şi la fel când s-a dus la un botez unde erau mulţi oameni. Acasă nu avea nimic, dar nu se depărta de casă, pe stradă, deoarece simţea cum picioarele încep să îi tremure, inima să-i bată cu putere şi se gândea că va veni o nouă criză. Astfel încât, mai multe luni nu a mai plecat de acasă. După un timp Gheorghe a dus-o totuşi la un psiholog şi la un medic psihiatru. A reieşit din discuţii că avea mai multe frici: de locuri înguste şi închise, de şoareci şi târâtoare, de înălţime şi altele.

S-a pus diagnosticul de agorafobie cu atacuri de panică. A urmat un tratament şi s-a ameliorat.

Tabel VII. Criteriile DSM-IV-TR pentru diagnosticul de agorafobie
Anxietate, privitoare la faptul de a fi în locuri sau situaţii din care e dificil sau complicat să ieşi, să scapi sau în care se presupune că nu poţi fi ajutat imediat, dacă ai o stare de rău (aşa cum e un atac de panică); de obicei apare în stare de aglomeraţie, când subiectul e departe de casă, înconjurat de mulţime, de exemplu: călătorind într-un autobuz aglomerat, etc. Situaţia e evitată (de exemplu: nu mai călătoreşte) sau este asigurată cu un însoţitor; sau e parcursă cu anxietatea că va avea loc un atac de panică. Tulburarea e diferită de alte fobii bine specificate, aşa cum ar fi fobia socială şi fobiile specifice, de tulburarea obsesiv compulsivă, tulburări de stres post-traumatic sau anxietatea de separare.

Agorafobia, ca frică de spaţii publice aglomerate, în care pot apărea atacuri de panică, a fost descrisă încă din antichitate de Aretaeus din Cappadocia. Descrierea acestuia e aşa de pregnantă încât poate fi chiar preferată uneia dintr-un manual recent (Tabel VIII)

Tabel VIII
Un dulgher era muncitor abil atâta vreme cât era acasă la el; mânuia foarte bine lemnele, le tăia, le netezea, le asambla perfect; se ocupa foarte rezonabil de treburile sale şi de pretenţiile pe care le cereau arhitecţii, pentru munca sa; în sfârşit, dovedea o inteligenţă deplină atâta timp cât rămânea pe loc sau nu ieşea din cercul ocupaţiilor sale. Iar când el mergea la piaţa publică sau la baie, sau în orişicare alt loc, la început era cuprins de o cumplită transpiraţie, apoi ieşea apropiindu-şi umerii într-un fel de frison şi indefinit începea să-şi piardă raţiunea şi chiar să trăiască o stare de agitaţie mai mult sau mai puţin vie, dacă nu regăsea cu privirea atelierul şi pe lucrătorii săi. Dacă se reîntorcea rapid, îşi revenea la aceeaşi promptitudine, în aşa măsură exista o conexiune şi un fel de înrudire între spiritul acestui om şi locul în care el se desfăşura într-o manieră oarecare. Treloth. Recherches historiques sur l'alienation mentale. Journal de propos, traducere din Areteus în lucrarea: Cerise, D. Des functions et des Maladies nerveuses. Ed. V.Masson et. Fils, Paris 1870.

De altfel expresia grecească de agora tocmai piaţă publică înseamnă. În Agora Athenei se făcea negoţ, dar şi Socrate se întâlnea cu tinerii pe care îi îndemna să se cunoască pe sine. De ce apar crize de spaimă nemotivată în

asemenea împrejurări? Ce corespondenţă în normalitate ar putea avea această tulburare ?

Fricile şi fobiile - acestea din urmă înţelese ca frici intense, ciudate şi nemotivate clar – se referă la multe lucruri. Oamenilor le poate fi frică de diverse animale, de foc şi apă, de spaţii înguste şi fără ieşire – claustrofobia – sau de înălţimi, de boli şi de dentişti, de a se manifesta în public la un examen ş.a.m.d. Dar ce e oare această **agorafobie**? Ce cauză sau fundamente poate avea ea?

În legătură cu aceasta câteva sugestii pot veni din psihologia animală. Tânărul animal, să zicem un căprior, când este lângă vizuină împreună cu părinţii – deci aproape de casă – se simte în siguranţă. Dacă se deplasează singur departe de toposul de locuire, de teritoriul cunoscut de părinţii săi, de ceată, şi ajunge într-o zonă cu pericole posibile, el poate intra într-o stare de alertă hipervigilă, privind în toate părţile, cu muşchii încordaţi si organele senzoriale acordate la maxim, pentru a descifra orice informaţie despre un eventual pericol. În astfel de împrejurări, reacţia de spaimă se produce mai uşor, căci spaima, la fel ca şi frica, sunt vechi manifestări ale psihologiei animale. La om, ele capătă, desigur, şi alte dimensiuni, prin învăţare, reprezentare, imitare, modele culturale de sancţiune, inclusiv pedepse ce pot veni din partea zeilor. Dar pentru agorafobie, modelul animal poate fi un punct de plecare.

Alexandru, fiul lui Gheorghe, a terminat medicina şi e rezident la psihiatrie. S-a interesat de tema agorafobiei şi a fobiei în general, citind cărţi şi documentându-se pe internet. El a abordat acest subiect cu ocazia întâlnirilor sale cu trei dintre prietenii săi: Eric, care a terminat la Universitate biologia şi face un doctorat în biopsihologia evoluţionist - neodarwinistă, prietena sa Sorina, care a studiat sociologia, iar în prezent e angajată într-un masterat de antropologie culturală şi Eugen, fiul lui Vasile, intens interesat de filosofie. (Prietenii cu care discută Alexandru acum – şi cei ce vor interveni în dezbaterile ulterioare – formează un grup de voci, la fel ca în lucrarea lui Giordano Bruno: „De l'infinito universo e mondi", unde schimbă împreună idei: Filoteo, Elpino, Burchio şi alţii; un singur interlocutor, aşa cum procedează Fontenelle în „Convorbiri despre pluralitatea lumilor", n-ar fi ajuns). Toţi s-au arătat interesaţi de acest subiect al fricii.

- Frica este o manifestare biologică fundamentală pentru supravieţuirea individului şi a speciei, spune Eric. Alături de instinctul de alimentare şi de cel de supravieţuire, frica reglează

menţinerea speciilor şi evoluţia. (**9**) Doar că în biologie majoritatea fricilor sunt înnăscute, declanşate prin mecanisme ce se transmit genetic. Pe măsură ce filogenetic se dezvoltă sistemul nervos central, acesta este dotat genetic cu capacitatea de a detecta stimulii periculoşi pentru indivizii unei specii, pentru a se declanşa mecanismul de apărare, de evitare, fuga sau confruntarea. Desigur, animalele cu un sistem nervos central dezvoltat, învaţă şi în cursul vieţii de ce să le fie frică, prin exemplul părinţilor şi experienţa personală. Dar principalii detectori ai fricii rămân, în biologie, cei înnăscuţi. La fel ca şi în orientarea către alimentaţie. „Ce se naşte din pisica, şoareci mănâncă". Iar şoarecilor le este nativ frică de pisici.

- Dar omul, întrebă Alexandru, are şi el frici înnăscute? Am citit că pentru unii reacţia specială la vederea sângelui ar fi un astfel de reflex.

- Poate că da. Omul are înnăscută capacitatea de a detecta şi răspunde la stimuli umani. Cea mai primitivă reacţie este cea de zâmbet, de a răspunde cu zâmbet la zâmbetul mamei; dar şi mama, şi practic orice om, are în ea însăşi, biologic, predispoziţia de a zâmbi la vederea unui bebeluş. Se constituie astfel un cerc autoîntreţinut al deschiderii spre comunicare. Poate reacţia la o faţă încruntată şi ameninţătoare e un mecanism înnăscut de detecţie a unui pericol, de declanşare a fricii.

- Unii oameni au o reacţie neplăcută, de frică sau de scârbă, la vederea unor animale mici: păianjeni, gândaci, târâtoare – mai ales şerpi. Se zice că frica de şerpi e aproape universală. Să fie oare la mijloc, dacă ţinem seama şi de istoria biblică şi de psihanaliza lui Freud, un simbolism sexual?

- Problema transmiterii genetice a unei reactivităţi perceptive speciale faţă de unele simboluri e încă o problemă insuficient clarificată. Teza lansată de Jung, în sec. XX, că ar exista un inconştient colectiv care se transmite genetic, a făcut multă vâlvă. Nu trebuie ignorat faptul că psihismul individului uman se construieşte în mare măsură postnatal, copilul născându-se prematur şi creierul continuând să se dezvolte după naştere până la pubertate. În toate aceste perioade el este impregnat, în maniera structurantă, de psihismul mamei, al părinţilor, al educatorilor, de atmosfera culturală în care trăieşte. Şi care se dimensionează prin limbaj, mituri, istorii, poveşti, eroi ideali vehiculaţi de cultură. Iar această impregnare poate conduce nu doar la informaţii ştiinţifice şi abilităţi comportamentale, ci şi la asimilarea unor modele culturale, încărcate de simboluri. În cadrul neodarwinismului, Hawkins a propus ca, pe lângă principiul autoreproductiv al genelor, pentru om să se accepte ceva similar ce se desfăşoară în instanţa culturii. Şi pentru care a sugerat expresia de „meme".

- La ce se referă memele?

- Coceptul de meme, lansat de Dawkins, nu e clar conturat .şi în jurul său există sugestii, dezbateri, controverse. Într-o formulare aproximativă si generică s-ar putea sugera că memele ar fi unităţi culturale autoreproductive şi deschise devenirii, care implică indivizi umani, pe care-i impregnează în cursul formării educative cu modele comportamentale, cognitive, atitudini, idei etc. Indivizii, interconectaţi într-o comunitate, participă prin exercitarea rolurilor sociale la manifestări ce susţin structura practicilor instituţionalizate, invocând instanţa teoreticului. Aici intervine limbajul asertiv si critic, "logosul", care mediază si invăluie acest univers practico teoretic, centrat de vizarea transcendenţei. Sistemul „memic" organizat al practicilor, similar cu cel al genelor din biologie, funcţionează autoreproductiv, cu deschidere spre devenire istorică.(**10**)

Desigur vom mai avea de discutat despre aceasta ipoteza a memelor,incercand sa o descifrăm si sa o circumscriem. Pentru moment ideea importantă ar fi că ceea ce se desfaşoară la nivelul psihismului individual e doar o parte a realităţii umane, a lumii umane în care persoana se

naşte, la care participă si care îl invăluie. Atât prin gene cât şi prin meme s-ar putea ca unele frici, la fel ca unele preferinţe, să se manifeste spontan la diverşi indivizi, în cursul ontogenezei lor, precum şi la vârsta adultă.

- Ar fi deci posibil ca în fiecare din noi să zacă o repulsie sau o frică înnăscută faţă de şerpi, gândaci şi păianjeni. Dar oare faţă de câini şi cai? Căci există astfel de frici, evident chiar din copilărie. Freud a şi propus o interpretare psihanalitică a fricii faţă de cal, identificat simbolic cu un părinte castrator.

- Există frici faţă de câini şi cai, după cum există şi afecţiunea faţă de aceste animale. Desigur, nici aceasta nu e uniform răspândită. Unii copii şi adulţi iubesc mult animalele şi resimt nevoia unui animal de companie. Nu se zice oare despre câine că e cel mai bun prieten al omului, ... Şi aceasta, poate şi din cauză că se ataşează de tine, fără a te bate la cap cu vorbitul. Există chiar „psihoterapie prin câine" care stimulează ataşamentul şi afecţiunea. Capacitatea de ataşament şi de emotivitate a omului este, genetic vorbind, diferită. Există oameni ce se nasc cu o lipsa a emotivităţii şi a reacţiilor de anxietate şi frică. Aceştia pot fi uimitor de curajoşi, pentru că practic nu resimt frica. Dar pot fi şi cruzi, sadici.

Înţeleg, intervine Sorina, că dotarea genetică şi general biologică pentru anxietate şi frică este diferit repartizată la indivizii umani. Eu aş insista asupra a ceea ce a adus în discuţie Eric, amintind de meme. De fapt nu doar de meme, ci de contextul cultural în care fiecare om se formează şi trăieşte. După cum bine s-a amintit, pentru om frica se şi învaţă. Ba mai mult, majoritatea fricilor se învaţă. De aceea, am auzit, în patologia fobiilor are succes o terapie comportamental cognitivă de dezînvăţare, de decondiţionare. În cele din urmă, nu trebuie să privim doar faţa negativă a fricii. La om aceasta e corelată cu pedeapsa educativă. Părinţii răsplătesc copiii când fac lucruri bune şi îi sancţionează sau îi ameninţă în legătură cu cele rele. Sancţiunile pozitive şi negative sunt esenţiale pentru structurarea comportamentului. Tradiţia educaţiei s-a bazat pe sancţiuni; de-a lungul istoriei, şcoala s-a făcut cu bâta. Desigur, sancţiunile pot fi nuanţate. Iar în prezent, se preferă explicarea şi persuasiunea cognitivă în locul ameninţării şi pedepsei. Totuşi, orice sistem juridic a practicat şi practică sancţiunea. Frica de sancţiune, chiar dacă e potenţială, e ordonatoare a vieţii sociale. Dar pentru oameni frica nu vine doar din partea instituţiilor sociale. De când omul şi-a conturat specificitatea în raport cu animalul, viaţa sa a fost reglată şi de zei. Inclusiv de frica de zei. Cel puţin întreaga perioadă istorică – şi chiar preistorică - o atestă. Zeul era resimţit şi reprezentat ca o instanţă care poate interveni în cursul vieţii oamenilor. Şi de care trebuie să te temi. Pe care trebuie să-l invoci, să-l îndupleci, fie că e vorba de succesul în vânătoare, de obţinerea unei bune recolte sau de reuşita în război. (**11**)

Problema cu frica de zei este că aceştia pot fi mai greu de localizat decât pericolele de pe pământ. Desigur, ei pot fi invocaţi prin ritual şi rugăciune, în locuri şi momente anumite. Dar nu pot fi manipulaţi. Şi apoi, zeii monoteişti, aşa cum e Iahve sau Dumnezeul creştin, te pot vedea oriunde şi ştiu tot ce faci. Ei sunt atotvăzători şi atotştiutori. De fapt, zeii nu doar te pot pedepsi, ci şi ajuta. Iar acesta e de un mare folos pentru anxietăţile şi fricile oamenilor.

- Bine, zise Eugen, există surse biologice, sociale, culturale şi trimiteri transcendente pentru fricile oamenilor. Dar, revenind la fobii, am citit despre tot felul de frici speciale, care nu sunt nici foarte rare de altfel, cum ar fi cea de spaţii strâmte şi închise sau de spaţii largi, de înălţimi şi adâncimi. Oare unde să căutăm explicaţii sau înţelesuri pentru astfel de tulburări?

- Nu ar fi exclus, zise Eric, ca omul, ca animal ce se manifestă, spre deosebire de multe altele, în postura bipedă, utilizându-şi mâinile pentru a produce unelte şi abordând lumea perceptibilă din jur printr-o privire frontală aţintită, să aibă o structurare specială a spaţiului în care trebuie să activeze. Orice animal acţionează în ambianţa, în spaţiul înconjurător, folosindu-

şi în primul rând corpul ca un instrument de acţiune. Pentru om, corporalitatea este altfel poziţionată în spaţiu, altfel decât pentru cal de exemplu, care se deplasează pe patru picioare şi are o privire laterală. Instrumentalitatea corporală a omului este utilizată în primul rând pentru a folosi alte mijloace sau instrumente pentru deplasare şi manipulare. Şi astfel, calităţile spaţiale de sus jos, în faţă în spate, la dreapta la stânga, sunt organizate pentru om în mod diferit decât pentru găini, câini sau pisici. Cât priveşte claustrofobia, aceasta nu ar fi aşa de enigmatică, dacă o raportăm la celelalte animale. Toate au nevoie să perceapă un spaţiu al ambientului deschis acţiunii, pentru atac sau retragere. Nici leul nu se simte bine dacă e pus într-o cuşcă închisă. Un instinct biologic adânc cere ca ambianţa să aibă o deschidere perceptivă, un câmp accesibil acţiunii, deplasare spre locuri cunoscute şi sigure, un orizont deschis. Cât priveşte fobia de spaţii largi, fără puncte de sprijin imediate, şi ea ar putea fi interpretată, speculativ, ca o vulnerabilitate a capacităţii creierului uman din noi, de a calcula anumite distanţe ce se întind de la propriul corp până la alte obiecte din jur. În ontogeneză se produce, conform studiilor experimentale ale lui Piaget, o evoluţie de la perceperea „topologică" a spaţiului din jur - adică cea care se bazează pe contact nemijlocit – spre o percepere marcată de „perspectiva punctelor de vedere". Un lucru apare ca diferit dacă e văzut în diverse incidenţe. Iar într-o fază ulterioară, spre o percepere de tip tridimensional, „euclidiană" a spaţiului ambiental, în care distanţele sunt corect şi spontan calculate. Poate că la cazurile menţionate întâlnim un astfel de deficit. Cât priveşte frica de înălţime", nu e exclus ca ea să fie corelată cu noutatea perceptiv ambientală pe care o introduce mersul biped. De altfel, senzaţia de cădere în gol, prin informaţiile ce vin de la sistemul vestibular din urechea internă, - şi care e testabilă în „reacţia de ascensor" - declanşează tocmai o stare de angoasă.

Ar fi multe de spus despre implicarea propriului corp în perceperea ambianţei ca un spaţiu al acţiunii posibile, aşa cum au analizat problema Merleau – Ponty şi Henri Ey. (**12**) Poate că s-au şi întreprins cercetări în această direcţie. Dar pentru că e prezentă şi Sorina, aş aminti despre o tulburare anxioasă fobică despre care am citit şi care, desigur, o poate interesa. E vorba de vertijul de „kayak" - Svimmel, descris de danezi la eschimoşi. E o stare de rău angoasant ce apare la un pescar ce se află singur pe mare, în kaiak, într-o zonă cu posibile primejdii, de obicei după ce în zilele precedente a trăit un eveniment neplăcut. Practic, eschimosul rămâne împietrit de spaimă, la fel ca orice om ce trăieşte un atac de panică. Iar ulterior refuză să mai iasă în larg. De fapt, el nu e într-o aglomeraţie sau într-un spaţiu închis ca în cazul agorafobiei. Ci suspendat singur, deasupra adâncurilor, la fel cum ar fi într-un balon în văzduh, fără pământ ferm sub picioare. Pentru a contracara sau preveni anxietatea angoasantă, e important să stai pe picioarele tale bine sprijinit, înfipt în pământ sau pe o situaţie stabilă şi sigură. La propriu şi la figurat.

- Bine, hai să spunem că unele fobii spaţiale şi-ar găsi explicaţia prin căutări în aceste direcţii. Dar fobiile obsesivului, care se teme, îngrozit de faptul că ar fi putut să-şi agreseze tatăl sau să-şi omoare copilul?

- În aceste cazuri intervine şi gândirea magică, a adăugat Sorina. Magia e un model explicativ supranatural în care intervine de asemenea o destructurare a relaţionărilor spaţiale, de data aceasta a spaţialităţii mental teoretice care vizează cauzalitatea. Pentru a acţiona asupra cuiva, nu mai e nevoie de a parcurge distanţele reale şi cunoscute a nexurilor cauzale obiective, de a îndepărta cu eforturi obstacolele fizice, de a face eforturi, a elabora şi acţiona cu strategie şi rigoare. Magia sare peste distanţele structurate, intră în contact direct, într-un spaţiu „topologic"; şi rezolvă lucruri, făcând bine sau rău la distanţă. Ea apropie lucrurile între ele în mod supranatural, într-un alt spaţiu decât cel fizic. E la fel ca în spaţialitatea universului credinţei. Dacă îţi faci cruce când vrei să treci strada, te-ai asigurat imediat de protecţia divină. Se

presupune însă, în mod comprehensiv, legătura conştiinţei cu instanţa supranaturală. In psihopatologie şi această legătură comprehensivă cade. Un obsesiv, dacă numără de 3x3 în gând, poate deschide o uşă „fără să se întâmple nicio catastrofă". Altfel, el nu o poate deschide. Din păcate, el e invadat şi de gândul magic că, dacă se gândeşte la un eventual accident al soţiei, acesta are mari şanse să se petreacă.

- Dar, pentru a aduce şi eu un exemplu legat de fobii, pe care l-am citit într-o carte de antropologie culturală, am să amintesc comportamentul Windigo descris la indienii din nord-estul Canadei. Ei trăiesc într-o regiune aridă, cu hrană puţină, manifestând canibalism intermitent. În mitologia lor există o fiinţă fabuloasă cu numele Windigo, un uriaş ce trăieşte la capăt de păduri şi are o inimă îngheţată, fiind avid de carne umană. Individul atins de boală resimte o foame particulară pentru carnea de om, anorexie şi greaţă prelungită. El cade într-o stare de depresie profundă, îşi pierde somnul, se izolează de restul oamenilor, zace lăsându-se furat de stările sale imaginative de canibalism virtual. Îi anunţă pe ceilalţi că va deveni Windigo şi cere să fie omorât. Ceea ce deseori se şi întâmplă.

- Ei, cu astfel de trăiri depresiv delirante şi personificate cu fiinţe supranaturale, ne-am cam îndepărtat de tema agorafobiei. Mai povestim noi şi altădată.

Tabel cu personaje

Vasile, profesor de literatură
Simona, soţia sa, contabilă
Andreea, fiica lor, studentă
Eugen, fiul lor, studiază filosofia

George, gospodar
Maria, soţia sa, casnică
Ana, fiica lor, asistentă socială
Alexandru, fiul lor, medic rezident la psihiatrie
prieteni ai lui Eugen şi Alexandru:
Eric, biolog, parcurge un masterat în evoluţionism
Sorina, prietena sa, sociolog, studiază antropologia culturală
Eduard, cercetător în ştiinţele creierului

Profesorul P, psiholog, specializat în psihologia persoanei

I Note şi Bibliografie

1. In diverse limbi au funcţionat variate expresii pentru această ipostază umană. În acest repertoriu, expresia românească de ne-bun, deci de negare a semnificaţiilor valorice ale bunătăţii, nu are echivalenţe clare în alte culturi. La fel de stranie e în limbă română negarea totalităţii prin expresia ne-tot, netot.

2. Lucrarea lui Foucault „Istoria nebuniei în epoca clasică", apărută în 1961, este una dintre rarele abordări ale semnificaţiei antropologice a nebuniei, realizată de un filosof în ultimul secol. Abordarea rămâne însă cantonată la epoca istorică a modernităţii Europei. Referinţele lui Foucault se vor referi la acest context. Lucrările sale vor fi invocate şi în continuare.

3. În întreaga lucrare se vor face referinţe la cele două manuale de diagnostic care sunt în prezent de referinţa în plan internaţional DSM-IV-TR şi ICD-11. O scurtă schiţă a istoriei apariţiei acestor manuale se va face în Cap.X. Cartea de faţă a fost concepută în perioada elaborărilor noilor ediţii DSM-V şi ICD-11, dar înainte de publicarea lor oficială. Ea reflectă spiritul acestei vremi.

1. DSM-IV-TR, (1994), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; forth edition, American Psychiatric Association, Washington

2. ICD-10, (1992), versiunea românească (1998), Clasificarea tulburărilor mentale şi de comportament, Ed.All, Bucureşti

4. Ordinea în lume e o temă clasică a filosofiei, mereu reafirmată. În sec. XVIII Leibnitz punea ordinea (succesiunii) la baza timpului şi spaţiului. Constantin Noica, la care se face aici referinţă în „Ontologia" sa (publicată în „Devenirea întru Fiinţă" 1984), insera problema ordinii în tematica fundamentală a devenirii.

5. A se vedea Anexa I - Clasa sistematizării şi clasa empatizării. Problemele ridicate la această Anexă precum şi în Anexele II şi III susţin textul in mai multe capitole. Ea e invocata deja din acest prim capitol, odată cu preocuparea pentru ordine şi sistematizare. Comparaţia între autism şi obsesionalitate e prezentată şi în Cap.VII, în tandem cu schizofrenia.

6. La începutul sec. XX psihologul francez Ribot a împrumutat de la Claude Bernard ideea că boala e o experienţă instituită de natură şi a aplicat-o psihologiei. Pentru a studia funcţiile normale ale memoriei, voinţei şi personalităţii, Ribot a explorat perturbările acestor funcţii, consacrând câte o monografie fiecărei dintre ele. Ribot introduce în Franţa şi principiul jacksonian al structurării evolutive şi disoluţiei patologice a funcţiilor cerebrale, precum şi diferenţa între simptomele pozitive şi cele negative. Aceste idei influenţează fundamental concepţia lui Janet asupra psihasteniei şi sunt reluate apoi doctrinar de către H. Ey. în cartea sa "Conştiinţa" (1962, 1968). (3) Ey adopta explicit ideea că boala psihică poate fi considerată un experiment natural care dezvăluie infrastructura conştiinţei individului uman, atât în dimensiunea câmpului actual al conştiinţei, cât şi în cel a conştiinţei valorice, al eului identitar biografic. Ideea experimentului natural s-a impus şi prin fenomenologie şi este amplu comentată în sinteza lui Tatossian (4).

3. Ey H. (1983), Conştiinţa, Ed.Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti

4. Tattosian A. (1979), Phenomenologie des psychoses, Ed.Masson, Paris

7. În mod straniu, sistemul de diagnosticare american DSM III-IV - şi urmându-i exemplul sistemul OMS ICD-10 - vorbesc în cadrul tulburărilor mentale de ”simptome psihice şi comportamentale”.Sintagmă care ar sugera că tulburările „psihice” sunt distincte de cele comportamentale. Probabil cu supoziţia că simptomele psihice se referă la trăiri subiective. Termenul de “psihism” s-a impus cu aproximativ 2500 ani în urmă prin Aristotel ca o caracteristică a fiinţelor vii, având anumite specificităţi la om (prezenţa “nous-ului” = raţiune). Atât în cursul sec. XX, cât şi în prezent, noţiunea de psihism s-a referit constant şi în egală măsură la psihismul animal şi la cel uman. De aceea, sugestia ca expresia “psihic” să se refere la trăirile conştient subiective ale omului, distincte de cele ”comportamentale”, e nefirească. Din păcate, ea nu este comentată explicit de către experţii sistemului.

8. Doctrina vulnerabilitate (diateza)/stress s-a impus începând cu anii 1980, iniţial pentru schizofrenie, în urma elaborării lui Zubin şi Spring din 1977. Ea încearcă să creeze modele interpretative pentru cumulul longitudinal de factori nocivi, care se adiţionează nonliniar, până la un moment de „criză”. Au fost invocate teorii fizico matematice, ca cea a „determinismului neliniar” şi „teoria catastrofelor”. Au fost incriminaţi factori genetici, noxe ce afectează encefalul pre, peri şi postnatal, factori neurodevelopmentali, influenţele educative, învăţări patologice, stresori psihologici subliminari prelungiţi, evenimente majore stresante repetate, crize ale dezvoltării etc. Vulnerabilitatea poate oscila şi în funcţie de deficitul factorilor protectori. Această abordare rămâne actuală mai ales în perspectiva psihopatologiei developmentale. Menţionăm câteva repere bibliografice, sinteze găsindu-se în câteva lucrări ale autorului.

5. Zubin J., Spring.B (1977), Vulnerability - a new view of schizophrenia, Journal Abnorm.Psychol., 88, 103-128

6. Zuckerman M. (1999), Vulnerability to Psychopathology, American psychiatric Association, Washington

7. Cichetti D., Cohen D.. (2006), Developmental Psychopathology, John Wiley & Sons Inc., vol.I., II, III

8. Lăzărescu M. (1994), Psihopatologie clinică, Ed.helicon, Timişoara

9. Lăzărescu M. (2002), Psihiatrie, Sociologie, Antropologie, Ed.Brumar, Timişoara

10. Lăzărescu M. (2010), Bazele Psihopatologiei Clinice, Ed.Academiei Române, Bucureşti

9. Invocarea psihologiei şi psihopatologiei evoluţioniste ce se dezvoltă în prezent sub orizontul neodarwinismului, va fi o constantă a textului. Ea se va face în articulare cu perspectiva cultural istorică, în cadrul căreia se poate căuta conturarea conceptului de „meme”, invocat de Dawkins. E vorba de un program teoretic ce se află în plină dezvoltare şi care încă nu are o constituire clar definită. Problemele acestui domeniu sunt aduse în discuţie din primul capitol pentru a provoca şi stimula lectorul la ipoteze, la imaginarea unor modele de interpretare psihopatologică în acest sens. Modele care să lumineze în acelaşi timp problematica antropologiei, în conformitate cu formularea menţionată a „experimentului natural” pe care-l constituie nebunia.

11. Dawkins R (2009), Ceasornicul orb, Ed.Humanitas, Bucureşti

12. Dunbar R.I.M.,Barrett L.,(2007),The Oxford Handbook of Evolutionary Psychology

13. Brüne M., (2008), Textbook of Evolutionary Psychiatry, The Origins of Psychopathology, Oxford University Press

Recursul iniţial la patologia obsesivă şi cea anxios fobică a fost făcut deoarece: prima trimite la tema ordinii, care articulează psihopatologia de antropologie şi ontologie. (Aceasta va permite comentarea ulterioară în paralel a autismului, obsesionalităţii şi schizofreniei dezorganizante, care ne trimite la ontologia haosului). Anxietatea fobică reprezintă o evidentă punte de legătură între trăirile psihice omeneşti şi cele din biologie. In plus, anxietatea, prin atacul de panică, ne trimite de asemenea la problema ontologică ultimă a amestecului fiinţei cu nefiinţa (vezi Heidegger).

14. Lăzărescu M., Bumbea O. (2008), "Patologie obsesivă", Ed. Academiei, Bucureşti

15. Steketee G.(2012),The Oxford Handbook of Obsessive Compulsive and Specttrum Disorders,Oxford University Press

10. Intuiţia şi provocarea pe care a lansat-o Dawkins cu conceptul de meme nu a condus încă la conturarea unui model operaţional. Lucrarea de faţă e înscrisă în direcţia căutărilor din această direcţie, fapt ce e comentat într-o Anexă. Totuşi, problema memelor îi preocupă de un timp pe psihopatologi, deocamdată cu rezultatele parţiale şi discuţiile.

16. Leigh H. (2011), Genes, Memes, Culture and Mental Illness, Toward an Integrative model, Springer

11. Modelul antropologic care are în vedere un om dimensionat prin logos şi cultură, în sensul pe care ni-l sugerează istoria umanitatii şi datele care conturează cei 10.000 ani de la începutul neoliticului şi până azi, e un model centrat de apelul omului la transcendenţă sacrală. Aceasta e investită cu autoritate şi creativitate ,manifestându-se ca un partener vizat in mod fundamental de către oameni în desfăşurarea practicilor de autoreproducere şi dezvoltare culturală. De aceea, transcendenţa e constant invocată prin ritual, prin apelul la povestea mitică, ea garantând siguranţa şi firescul existenţei umane. Cu toată estomparea contemporana a modelelor tradiţionale de reprezentare şi apel la instanţa transcedentei, aceasta a marcat existenţa umană prea originar şi prea mult timp ca locul ei să fie ignorat integral. Pe lângă felul în care sacralitatea e prezentă în structura unei socio-culturi, psihismul individual trebuie să aibă şi el, în structura sa psihocerebrala, o instanţă funcţională de raportare, imprentată tradiţional. Aceasta nu poate fi decât integratoare, holistă, de tipul extazului Probabil din aceeaşi serie face parte entuziasmul creator şi contemplaţia profundă. Echivalentul psihopatologic se regăseşte probabil în vidul depersonalizării şi dezordinii disociative (a se vedea Cap.VI).

12. Felul în care corporalitatea e implicată în psihopatologia şi antropologia umană – atât din perspectivă obiectivantă a corpului biofizic, cât şi din cea subiectivă a trupului (corpului trăit) – este o temă majoră a actualei filosofii a minţii, a cognitivismului, neofenomenologiei, psihologiei developmentale şi evoluţioniste. In ultimii ani există o preocupare crescândă pentru „încorporarea" (embodiement) conştiinţei şi sinelui (self), atât din partea experimentatorilor, cât şi a psihopatologilor şi filosofilor. Bibliografie de pornire:

17. Mattews, (2008), Body Subjects and Disordered Mind, Oxford

18. Andrieu B, (2010), (ed), Philosophie du corps, V R I N, Paris

19. McLaughlin, and al, (2009), The Oxford Handbook of Psilosophy of Mind

20. Gallanger S. Schmicking D., (2010) (Ed), Handbook of Phenomenology and cognitive Science, Springer.

Problematica „sinelui corporal", a „corpului trăit" – trupului – este abordată în perspectiva psihopatologiei din Cap.II, mai ales la nivelul notelor.

Capitolul al II-lea

Despre boli, trup şi dubla personalitate

Gheorghe, care e un om serios, metodic şi muncitor, nu prea vorbăreţ, s-a îmbolnăvit de hepatită. De la un moment dat i-a dispărut pofta de mâncare, avea greţuri, oboseală şi până la urmă i s-au îngălbenit ochii. Medicul de familie l-a îndrumat să-şi facă analize şi să se interneze în spital. Apoi boala, faza acută a hepatitei, a trecut. Dar Gheorghe a rămas în grija medicilor. Trebuia în continuare să ţină regim alimentar, să-şi reducă activitatea şi să facă tratament cu Interferon. Ceea ce i-a rămas în urma bolii e o permanentă stare de oboseală, pe care o simte mai ales în trup şi care se accentuează la efort. Dar şi capacitatea de a se concentra i-a scăzut. Cu alte cuvinte, a rămas cu o astenie reziduală.

O anumită stare de oboseală l-a afectat însă şi pe Vasile. A avut o perioadă de solicitare intensă la serviciu, perindându-se mai multe inspecţii tocmai în perioada în care se pregătea pentru un examen de grad. În acelaşi timp, a alergat în multe părţi să rezolve nişte probleme cu o moştenire şi şi-a bătut capul cu un şantier, acasă. Trebuia să-şi reamenajeze subsolul, acţiune planificată de mai mult timp, dar reapărută acum precipitat, fiind obligat să o rezolve în scurt timp, căci meşterii plecau în străinătate.

Lucra şi studia până noaptea târziu, reducându-şi orele de somn. A început să se simtă obosit, să se concentreze dificil, motiv pentru care a prelungit orele de muncă şi studiu, pentru ca rezultatele activităţii să nu se reducă. După ce, în final, a încheiat toate problemele, l-a cotropit însă oboseala. Nu mai putea dormi decât câteva ore pe noapte. Îl durea capul *în cască*, iar în întreg corpul resimţea senzaţii neplăcute, cenestopatii. Nu mai avea răbdare să stea într-un loc, era irascibil şi nervos, tresărea la orice zgomot. Pe scurt, nu se simţea bine, era epuizat, tensionat, astenizat.

Medicul de familie, după ce l-a consultat şi nu a identificat nicio boală somatică, l-a îndrumat la un psihiatru. Acesta a diagnosticat o tulburare astenică de epuizare, – în termeni englezeşti *burnout* – recomandând un tratament simptomatic:

un uşor sedativ, medicaţie tonică, vitamine, relaxare la Sanatoriul de nevroze de la Pârâul Rece. Aici la munte, printre brazi, pe lângă plimbări, meloterapie, exerciţii de respiraţie şi discuţii cu alţi oameni năpădiţi de probleme şi astenizaţi, a avut timp să citească din cărţile ce i le împrumutase Alexandru, rezidentul în psihiatrie şi prietenul fiului său.

Astfel, Vasile a aflat că tulburarea cu numele de *neurastenie* a fost descrisă în sec. XIX, în America, de către medicul Beard. Ea era caracterizată de autor printr-o multitudine de simptome, peste 100, dintre care au fost ulterior reţinute ca importante: oboseală permanentă fizică şi psihică, insomnii, dureri de cap *în cască*, senzaţii corporale neplăcute în diverse zone, torace, abdomen, membre, tulburări de concentrare şi memorie. Omul este nervos, iar odihna obişnuită nu ajută prea mult.

Tulburarea era explicată pe acea vreme ca rezultând din epuizarea celulelor din sistemul nervos central, a neuronilor, în urma suprasolicitărilor pe care stresul vieţii hipercompetitive din SUA îl impune oamenilor. Era deci un fel de boală specifică americanilor. Totuşi, ea va fi identificată şi dincoace de ocean, în Marea Britanie de exemplu, pusă tot pe seama suprasolicitării şi epuizării celor ce se confruntau cu noua epocă a maşinismului.Oamenii ce lucrau in fabrica aveau alt ritm,pozitie a corpuluui si structura a timpului decat cei ce lucrau in agricultura. S-au creat pe atunci şi sanatorii pentru tratarea acestei neurastenii. Dar conceptul şi doctrina nu au rezistat prea mult. La începutul sec. XX, un psiholog francez, Pierre Janet, a introdus conceptul de *psihastenie*, mutând interesul specialiştilor de la epuizarea neuronilor creierului spre psihism, spre deficitul *tensiunii psihice* pe care o poate resimţi omul când e deviată şi dezorganizată motivaţia.

Psihastenii se simţeau şi ei obosiţi; dar descriau mai multe simptome ca îndoială, preocupări obsesive, ruminaţii mentale, sentiment de incompletitudine. Ei nu reuşeau să sintetizeze plenar *funcţia realului*, cum se exprima Janet.

Chenar 9

Oboseala patologică, astenia şi simptomele conexe
***Aspecte istorice (după Berrios*)1.**

Oboseala a început să fie studiată în sec. XIX, din punct de vedere fiziologic, prin experienţe pe muşchiul de broască (Morro), pentru a se clarifica condiţiile ce însoţesc epuizarea. Oboseala fizică de epuizare a fost corelată cu *sentimentul psihic de oboseală*, ce se poate dezvolta distinct. Oboseala a fost inclusă între senzaţiile primare, alături de plăcere, foame şi sete. Oboseala a fost corelată cu sentimentul trăirii corporale globale numit *cenestezie.* Ea a interesat pe atunci societatea deoarece putea conduce la reducerea randamentului în muncă şi şcolarizare.

Termenul de *astenie* era utilizat din sec. XVIII cu înţeles de slăbiciune corporală generală, în diverse boli. Alţi termeni apropiaţi ce s-au dezvoltat au fost cei de *adinamie* şi *iritabilitate* (ultimul pornind tot de la cercetări fiziologice asupra nervilor) şi *lasitudine*. Interesul pentru capacitatea de efort era susţinut şi de concepţia filozofică a lui Maine de Biran, care punea în centrul firii omului voinţa şi efortul, mai mult ca şi cunoaşterea.

În *neurastenia* lui Beard, descrisă în 1869, oboseala şi sentimentul de oboseală joacă un rol central, baza acestora fiind considerată epuizarea neuronilor. Între cele peste 100 de simptome ale neurasteniei, Beard descrie: insomnie, bufeuri, ameţeli, dilatarea pupilelor, durere de apăsare sau greutate în corp, schimbări ale expresiei privirii, greaţă, voce stinsă, iritabilitate, dispepsie nervoasă, uscăciunea gurii şi pielii, frica de contaminare, scăderea controlului mintal, lipsa de decizie, dureri de spate, spasme musculare, crampe musculare, dureri perineale, impotenţă, vertigo, urinare frecventă.

Condiţiile care favorizau noua boală erau, după autor: folosirea maşinilor cu aburi, diseminarea excesivă a materialelor tipărite, telegraful, ştirile şi activitatea mentală a femeii, excesiva uscăciune a aerului, libertatea civilă şi religioasă.

Janet descrie *psihastenia* ca datorată scăderii tensiunii psihice cu reducerea sentimentului (a capacităţii de sinteză) a realului. Simptomatologia asteniei a fost ulterior încorporată, în mare măsură, în sindroamele depresiv şi anxios.

Un concept apropiat a fost *anhedonia* descrisă de Ribot, ca pierdere a capacităţii de a se bucura, de a trăi plăcerea. Anhedonia a rămas în descrierea clasică a schizofreniei şi depresiei, nefiind însă clar dacă în joc e acelaşi mecanism. Dar şi astenia însoţită de cenestopatii a fost considerată frecventă şi importantă în formele incipiente şi defective de schizofrenie, de către şcoala de la Bonn, idee reluată recent de Stanghellini în perspectiva referinţei la tradiţionala concepţie aristoteliană a simţului comun, ce sintetizează informaţiile aduse de celelalte simţuri şi le personalizează.

Şi totuşi, a aflat în continuare Vasile de pe internet, neurastenia şi nevroza astenică au reapărut pe la mijlocul sec. XX. Mai mult încă, în România anilor 60, 70, 80, acesta era un diagnostic foarte frecvent pentru cei ce acuzau cefalee, oboseală, senzaţii corporale neplăcute şi irascibilitate. Un studiu efectuat chiar la Sanatoriul acesta din Pârâul Rece, în 1987 arăta că, din totalul de bolnavi nevrotici internaţi, 87% erau diagnosticaţi cu neurastenie. Iar explicaţia era, din nou, ca pe vremea lui Beard: oamenii ajung la suprasolicitare în eforturile de construire a unei noi societăţi, de data aceasta nu capitaliste, ci socialiste. Dinamica activităţii nervoase superioare, cea de pe cortexul cerebral, se perturbă, explicau continuatorii operei lui I. P. Pavlov.

S-au înfiinţat astfel şi atunci sanatorii pentru tratarea nevrozei astenice. Deşi, ca şi în trecut, în multe cazuri, simpla odihnă nu ajuta. A apărut ideea unei autosuprasolicitări a celor perfecţionişti ce voiau tot timpul să obţină performanţe maxime, oameni care nu ştiu şi nu pot să se relaxeze, pierzând vremea pur şi simplu pentru refacere. A mai fost incriminată lipsa de satisfacţie în muncă. Dacă un om simte că activitatea pe care o face duce la ceva bun, îl valorizează, obţine un profit, energiile sale se mobilizează şi îl susţin până la încheierea sarcinii. După care se odihneşte şi se bucură de rezultatele muncii sale. Dacă se simte însă obligat să facă timp îndelungat o muncă plictisitoare, care nu-i place şi nu-i dă nicio satisfacţie, sentimentul de epuizare şi simptomele asteniei se pot instala. Dar, progresiv, s-a constatat că în spatele simptomelor cheie ale neurasteniei stau şi alte sindroame şi stări: depresia, anxietatea, obsesia, conflictul intrapsihic. Treptat, diagnosticul de neurastenie s-a subţiat, aproape că a dispărut din multe ţări postindustriale. A rămas în recuzita specialiştilor doar reacţia astenică de epuizare. Atunci când în scurt timp solicitările sunt prea mari şi relaxarea recuperatoare insuficientă, rezervorul energetic se epuizează temporar, arzând prea repede. Dar în unele ţări, cum e China, diagnosticul de tulburare astenică se menţine, motiv pentru care clasificarea Asociaţiei Mondiale a Sănătăţii – OMS – reţine în continuare acest diagnostic în listele sistemului ICD-10, spre deosebire de sistemul american DSM IV TR, care-l ignoră. Mai intră în joc termenii, conceptele şi doctrinele medicale. O concepţie holistă şi energetistă asupra sănătăţii şi bolii, aşa cum e homeopatia sau medicina tradiţională chineză, nu ignoră astenia printre suferinţele umane. (**2**)

În acelaşi salon cu Vasile mai erau două persoane, una din Cluj şi alta din Bucureşti. Petru, cel din Cluj, nu era obosit. Dar se plângea de nenumărate neplăceri în trup. Îl deranjau senzaţii neplăcute în mâini, picioare, cap, torace şi mai ales în abdomen. Cele din abdomen aveau uneori o intensitate dureroasă. Şi din cauza lor a apelat la mai mulţi medici. Uneori durerile acestea erau resimţite atât de intens şi deranjant, încât a solicitat să fie operat, pentru a scăpa de ele. Totuşi, deşi l-au examinat nenumăraţi medici de diverse specialităţi şi a repetat la nesfârşit analizele şi examinările paraclinice, nu i s-a găsit nicio boală organică precizabilă. A fost şi la

consulturi în Bucureşti, a încercat tratamente homeopatice, acupunctură şi alte proceduri neconvenţionale, dar fără succes. Era un tehnician meticulos şi performant în profesie, apreciat de-a lungul vieţii. Dar chinul acesta trupesc nu-i mai permitea să se ocupe bine de meseria sa. A început chiar să-şi neglijeze familia. Tot timpul era la consulturi medicale şi la analize, când internat, când în ambulatoriu. Aşa că familia şi medicii au ajuns să nu-l mai suporte.

Petru era nemulţumit că nu i se găseşte boala de care suferă. El era preocupat de boală, convins că e bolnav somatic şi nu voia să accepte că în cazul lui ar fi la mijloc vreo tulburare psihică. A beneficiat de diagnostice ca cele de tulburare de somatizare şi algie psihogenă. Iar uneori s-a vorbit de dezvoltare prevalenţială hipocondriacă. A venit la acest sanatoriu doar pentru că l-au îndemnat în mod repetat familia şi medicii. Nu era nici actualmente convins că trupul său nu e afectat de o boală pe care medicii sunt încă incapabili să o diagnosticheze. Se gândeşte să plece în Germania, cu speranţa că acolo va găsi un tratament salvator.

Vali, celălalt coleg de cameră al lui Gheorghe, avea 45 ani şi era om de afaceri la Bucureşti. Fire sociabilă, afectivă, dar emotivă, îi plăcea să vorbească mult şi să fie tot timpul în preajma cuiva. Nu era prea sigur pe sine, era precipitat şi intra repede în panică. În ultimul timp afacerile nu i-au mers prea bine. Iar copilul său de 20 de ani îi crea probleme, nevoind să se califice şi să lucreze. În ultimele luni a participat la mai multe petreceri care s-au prelungit până în zori, cu mâncare şi băutură din plin. În plus, fumează mult. La una din agape, pe la trei dimineaţa, un bun prieten de-al său, obez, a devenit deodată palid, cu transpiraţii şi dureri puternice în braţul stâng. Au chemat salvarea, Vali l-a însoţit până la spital; dar pe drum prietenul său a murit. Diagnosticul a fost de infarct cardiac.

Vali s-a speriat foarte tare. S-a implicat în eveniment, a sprijinit familia în pregătirile înmormântării. Dar a început să nu mai doarmă bine. Se trezea noaptea din coşmaruri, tot transpirat şi cu inima bătându-i puternic. Avea impresia că oboseşte repede la urcarea scărilor, iar inima îi smuceşte în piept la fiecare efort. A început să fie atent la bătăile cardiace şi să-şi numere frecvent pulsul. S-a dus, foarte emoţionat, la un consult medical, iar tensiunea înregistrată a fost 150/90. I s-a recomandat regim

şi tratament medicamentos, valorile tensionale echilibrându-se rapid. Dar ideea că ar putea face un infarct a început să-l preocupe intens şi persistent. S-a dus la un cardiolog să-şi facă electrocardiograma. I s-a spus că *nu are nimic grav, doar o uşoară tulburare de ritm*. Rezultatul l-a alertat, deoarece *nimic grav* însemna că totuşi *ceva* e tulburat. A consultat alţi trei cardiologi şi fiecare s-a exprimat în alt limbaj, recomandându-i diverse medicamente şi o viaţă cât mai puţin stresantă. Gândul la o boală cardiacă şi la infarct a devenit dominant. A început să consulte cărţi, broşuri medicale, informaţii pe internet, să-şi măsoare tensiunea acasă de 3-4 ori pe zi. Preocuparea pentru boală l-a condus la neglijarea afacerilor şi a familiei. A devenit tot mai atent la felul cum funcţionează propriul corp. Au apărut ameţeli. Cardiologii, constatând neliniştea în care a intrat, i-au recomandat un consult psihiatric. Pentru a ieşi din mediul de preocupări zilnice i s-a recomandat o scurtă şedere la sanatoriu.

Plimbându-se printre brazi, lui Vasile i-au trecut prin cap o serie de gânduri: Preocuparea pentru sănătatea corporală e esenţială pentru om. De aceea practicile de tip medical nu lipsesc din nicio cultură cunoscută. Şi animalele îşi îngrijesc pielea, acceptând uneori simbioze pentru a scăpa de paraziţi. Ele nu mănâncă orice şi au o reacţie de greaţă şi vomă dacă alimentele sunt necorespunzătoare. Omul ţine şi el mult la curăţenia corporală, iar spălatul trupului şi al lenjeriei, curăţenia şi ordinea sunt comportamente adaptative care-l feresc de agresiunea microorganismelor, vehiculate deseori de insecte şi şoareci. De aceea, pe lângă câine, pisica e şi ea un bun tovarăş al omului. Iar scârba şi greaţa sunt reacţii fireşti, adaptative şi ele, care la om expandează însă de la nivelul bazal biologic în universul specific al existenţei umane, dimensionat prin valorile de frumos şi bine. Ceea ce e urât din punct de vedere estetic şi moral, ne stârneşte repulsie, scârbă, greaţă. Ba chiar şi stupiditatea unei vieţi monotone şi fără dimensiune. Nu şi-a intitulat oare J. P. Sartre unul din primele sale romane, din scârbă faţă de viaţa burgheză, tocmai *Greaţa*?

Chenar 10

Criteriile DSM IV pentru unele tulburări somatoforme (3)

Tulburarea de somatizare - debut înainte de 30 ani, durata mai mulţi ani, prezenţa de simptome din 4 arii:

1. Dureri în cel puţin 4 arii ale corpului.
2. Simptome gastrointestinale, cel puţin 2.
3. Cel puţin un simptom sexual.
4. Cel puţin un simptom pseudoneurologic.

După investigaţii adecvate, aceste simptome nu pot fi complet explicate printr-o condiţie medicală; sau, dacă aceasta există, acuzele pacientului şi disfuncţia socială sunt exagerate; simptomele nu sunt produse intenţional.

Tulburarea de somatizare nediferenţiată

Una sau mai multe acuze fizice (e.g. oboseală, pierderea apetitului, simptome gastrointestinale sau urinare) sunt prezente peste 6 luni, în aceleaşi condiţii ca la tulburarea de somatizare, în lipsa altei tulburări psihice.

Durerea (algia) psihogenă

Pacientul acuză dureri semnificative în una sau mai multe părţi ale corpului, condiţionând disfuncţie socială. Durerea poate fi corelată cu factori psihogeni, patologia somatică eventual existentă nu o explică suficient şi nu e prezentă altă tulburare psihică în prim plan; poate dura mai puţin sau mai mult de 6 luni.

Hipocondriasisul

Preocuparea exagerată, peste 6 luni, privitor la existenţa unei boli somatice serioase, rezultând dintr-o interpretare neadecvată a simptomelor corporale. Durata e peste 6 luni şi rezultă disfuncţie socială. Argumentele medicale nu îndepărtează convingerea; uneori aceasta persistă şi dacă subiectul o critică; nu e prezentă altă tulburare psihică şi nu are intensitate delirantă.

Tulburarea conversivă

A. Unul sau mai multe simptome afectează sistemul nervos motor sau senzorial, sugerând o boală neurologică sau o condiţie medicală generală.

B. Cu aceste tulburări sunt asociaţi factori psihologici, deoarece apariţia şi/sau exacerbarea lor e precedată de conflicte sau stresori.

C. Simptomele nu sunt produse intenţional.

D. Simptomele nu pot fi atribuite sau complet explicate, după o examinare adecvată, de o condiţie medicală generală, de efectul direct al unei substanţe sau de un comportament/experienţă obişnuită cultural.

E. Simptomele cauzează suferinţă şi deficienţă în funcţionarea socială.

F. Simptomele nu se reduc la durere sau disfuncţie sexuală şi nu pot fi explicate mai bine printr-o altă tulburare.

Sunt prezente simptome motorii, senzoriale şi crize de leşin (seizures or convulsions).

Când omul e sănătos, el nu se preocupă de obicei de corpul său decât din perspectiva curăţeniei şi aspectului, a felului în care arată pentru alţii. Când apar dureri, oboseli, greţuri, vomă, diaree, ameţeli, transpiraţii, aceste senzaţii şi manifestări atrag atenţia asupra unei eventualităţi a bolii, asupra afectării sănătăţii. Medicina, ca practică umană esenţială, îşi dezvoltă o arie de cunoaştere specifică, identificând semne, simptome ale bolilor pe care le studiază în manifestările lor clinice, în evoluţia şi tratamentul lor.

Instituţiile medicinii, instanţa medicală şi reprezentanţii acesteia au ocupat tot timpul o poziţie importantă în orice cultură. Iar omul bolnav e recunoscut ca atare în societatea în care trăieşte. Nu doar pe el îl interesează să fie sănătos, ci pe întregul grup uman din care face parte. Doar un om sănătos îşi poate sprijini performant familia, poate participa eficient la rezolvarea problemelor comunitare. În vremuri de demult spartanii făceau o selecţie a rezistenţei trupeşti la scurt timp după naştere. Iar de la romani a rămas vorba că o minte sănătoasă are nevoie de un trup sănătos.

Aproape orice om ajunge în cursul vieţii să fie o dată bolnav. Iar moartea e în mare măsură mediată de boală şi accidente. Dar preocuparea faţă de sănătate şi boală trebuie să fie rezonabilă. Nu ca în cazul *bolnavului închipuit* al lui Mollier. Când te temi prea mult de boală, când gândul unei eventuale boli nu-ţi dă pace zi şi noapte, când tema aceasta te preocupă exagerat, anxios fobic, obsesiv, prevalent, delirant, atunci se alunecă din firescul vieţii cotidiene.

*

* *

Vasile s-a întors de la Sanatoriu şi şi-a reluat activităţile obişnuite. Fiul său Eugen, care studiază filozofia, se întâlneşte des cu vecinul şi prietenul lui Alexandru, fiul lui Gheorghe, care e rezident în psihiatrie; şi cu alţi prieteni, Eric, Sorina, Eduard. Odată, Alexandru le-a relatat acestora un caz pe care l-a văzut la Clinică. Era o femeie de 57 ani care era convinsă că e infectată cu mici viermi care se mişcă pe sub piele. Medicii dermatologi şi de alte specialităţi au exclus existenţa oricărei patologii

din specialităţile lor. Iar după luni de repetate şi insistente solicitări de tratament, după ce dermatologii au ajuns la exasperare, au trimis-o la un consult psihiatric. Altă dată le-a povestit colegilor despre convingerea pe care o manifestă unele persoane că peste tot în locurile publice se contaminează cu murdărie şi microbi, motiv pentru care se spală pe mâini de sute de ori pe zi, deschid uşa cu batista sterilizată şi mănâncă cu mănuşi albe. – Dar cum aşa, microbii nu se văd, au replicat câţiva dintre colegi. – Păi tocmai asta e anormalitatea; de ceea ce vezi te poţi apăra, îl poţi evita; pe când în aceste cazuri convingerea absurdă este de a-ţi fi frică de un agresor invizibil care-ţi atacă corpul şi fiinţa ce locuieşte în acest corp. Şi, cu toate că omul recunoaşte absurditatea faptului, nu se poate opri din a se spăla repetat pe mâini. În sfârşit, într-o zi, tânărul rezident a mai povestit despre o tulburare – Sindromul Münchausen e denumită de către specialişti – în care pacientul e preocupat insistent cu faptul de a fi recunoscut ca om bolnav şi internat timp îndelungat în spitale. Pentru a-şi atinge acest scop, el relatează simptome imaginare, falsifică analize, consumă substanţe care produc simptome corporale, astfel încât medicii sunt derutaţi. Iar când e externat dintr-un spital face tot ce poate ca să fie internat în altul.

Eric a adus vorba despre felul în care animalele reacţionează la boli, infecţii, parazitoze, răni, în biologie realizându-se modele adaptative pentru astfel de situaţii, care devin o caracteristică a speciilor. Sorina a remarcat că instituţia terapiei bolilor şi suferinţelor ce se manifestă corporal e prezentă în toate culturile cunoscute, aducând în discuţie instituţia şamanismului.

- În cele din urmă, bolile, la fel ca suferinţa, trimit la tema morţii, a nefiinţei, a remarcat Eugen, şi de aceea îi pot interesa şi pe filozofi.

* *

*

Ne vom îndrepta acum atenţia spre o întâmplare de care a avut parte Andreea, fiica lui Vasile. Are 19 ani şi e o fire sociabilă, expansivă. Îi place să se îngrijească de felul cum se prezintă în public şi petrece mult timp în faţa oglinzii, aranjându-şi aspectul, podoabele, îmbrăcămintea pe care o preferă colorată, chiar

stridentă. Simona ştie să povestească atractiv, punând mult suflet în ceea ce spune, astfel încât în societate e tot timpul în centrul atenţiei celorlalţi. Ea a avut timp de aproape un an un prieten, dar s-au despărţit, astfel încât acum nu are partener. Nu de mult timp a aflat că fostul ei prieten e pe cale să se căsătorească, tocmai cu o colegă de-a ei de facultate. Faptul a afectat-o, deşi în public a bravat tot timpul. Lucrurile nu merg prea bine nici cu facultatea. A avut două restanţe, iar din cauza absenţelor nu e primită la câteva examene. Tatăl ei, pe care-l idolatrizează, a aflat şi s-a arătat nemulţumit de ea.

Într-o seară, fiind la o reuniune, una dintre colege i-a vorbit urât, a jignit-o şi i-a aruncat în faţă nişte acuzaţii care ţineau de viaţa sa intimă. Simona s-a emoţionat foarte tare, s-a retras pe balcon şi le-a spus celor de faţă că resimte o senzaţie de leşin. Apoi a simţit că îi amorţesc mâinile şi î-şi pierde puterile: şi a căzut pe o canapea, nemaiputând să vorbească, tremurând şi încordându-se. Nu mai răspundea la întrebări, respira greu, gemând uneori şi curgându-i lacrimi din ochi. Cei din jur s-au alarmat, au încercat să-i dea să bea apă, i-au frecat mâinile şi picioarele, s-au gândit să cheme salvarea. Dar după vreo jumătate de oră şi-a revenit. Pleoapele i-au tremurat, apoi a deschis ochii, privind mirată în jur şi părând că nu cunoaşte pe nimeni. Doar cu greu s-a putut apoi scula şi cineva a dus-o cu maşina acasă, unde o aştepta mama ei, căreia i se telefonase.

Câteva zile nu a ieşit din casă, simţindu-se obosită şi fără chef. Apoi şi-a reluat viaţa obişnuită. Dar în societate nu mai avea vioiciunea de dinainte. A aflat între timp că fostul său prieten realmente se căsătoreşte. Aparent veselia i-a revenit, vorbea mult în societate, spunea glume, parcă era de nestăpânit. Dar de mai multe ori s-a întâmplat să plece dintr-un loc şi să nu ajungă direct la destinaţie, rătăcind câte o oră prin diverse părţi; după care parcă se trezea, neştiind cum a ajuns acolo. Când s-a dus la un examen, după ce a tras biletul, realmente nu a mai putut vorbi nimic. Şi a rămas astfel o zi întreagă. Altădată s-a întâmplat să scape obiecte din mână sau pur şi simplu să nu-şi poată mişca mâna dreaptă.

Au fost consultaţi medicii. Neurologii au făcut examinări amănunţite care au exclus o patologie a creierului. Până la urmă s-a pus diagnosticul de tulburare

conversivă şi a început un tratament psihoterapic. Psihoterapeutul la care mergea Simona avea un cabinet cu foarte multe cărţi. Uitându-se peste titluri, ea a văzut că multe abordează problema inconştientului. A reţinut şi titlul unei cărţi în franceză: „L'histoire de la découverte de l'inconstient", scrisă de Ellenberger. (**4**)

*

* *

În casa lor venea în vizită uneori P., care e profesor de psihologie la Universitate, preocupat de doctrinele ce susţin psihoterapiile. Aflând de aceasta, el a relatat că citise cartea şi le-a povestit celor prezenţi – erau de faţă, pe lângă cei ai casei şi Alexandru împreună cu prietenii lor Eric şi Sorina – câte ceva despre cele scrise în cartea lui Ellemberger. Ea tratează despre geneza psihologiei dinamice, titlu generic care se referea la psihanaliză. În această istorie, un rol important l-a avut studierea hipnozei, care s-a impus ca procedeu terapeutic în Europa încă din sec. XVIII, în cadrul unei doctrine a *magnetismului animal*. Două nume răsunătoare au fost cele ale lui Gassner şi Messmer, ultimul activând la Viena şi Paris. Magnetismul animal s-a răspândit în sec. XIX. Apoi, la un moment dat, a trecut în plan secund, datorită extinderii *spiritismului*. Acesta venea din America, prin Anglia şi s-a răspândit în Germania şi în restul Europei. Unele persoane aveau o capacitate deosebită de a intra în contact cu spiritele celor decedaţi, funcţionând ca nişte medium-uri. Spiritele invocate puteau declanşa un dicteu automat sau chiar să se materializeze devenind perceptive vizual. Dacă magnetismul animal pornea de la manifestarea, studiată tot mai mult ştiinţific, a magnetismului fizic, fenomenele de spiritism au beneficiat şi ele de noua tehnologie apărută între timp, cea a fotografierii. S-a încercat în acest context să se obţină documente fotografice cu aceste spectre.

Dar în a doua jumătate a sec. XIX se dezvoltă tot mai mult hipnoza propriu-zisă, iniţial prin şcoala din Nancy, personajul cel mai important fiind Hippolyte Bernhein. Hipnoza are ca punct de plecare sugestia. La Nancy ea nu a avut un accent medico-psihiatric major. În schimb, la Paris, prin Charcot, hipnoza s-a impus. În şcoala de la Salpètriér, care era un spital ce reunea mai ales paciente histerice, Charcot făcea demonstraţii publice, inducând şi rezolvând simptome de

tipul celor din patologia neurologică prin hipnoză. Aspectul interesant al sugestiei hipnotice era că se puteau sugera comportamente pe care cel hipnotizat le efectua după ce s-a trezit din somn, în stare de trezie, având vigilitatea conştiinţei păstrată. Practic, el acţiona ca şi cum o fiinţă sau o voinţă străină lui îl conducea să facă anumite lucruri. Profesorul P. şi-a amintit şi de Axel Munthe, un medic suedez care a lucrat în clinica lui Charcot la Salpètriér şi a fost deosebit de tulburat văzând astfel de comportamente ale femeilor hipnotizate. De aceea a şi părăsit Clinica, ulterior retrăgându-se în Italia, pe insula Anacapri, unde a scris celebrul roman „Cartea de la San Michele".

Centrul de la Salpètrièr, unde Charcot făcea demonstraţii publice de hipnoză cu femeile histerice, inducând şi reducând simptome neurologice şi diverse manifestări expresive sau comportamentale, a fost vizitat de mulţi psihopatologi importanţi ai vremii. Aici a lucrat şi Pierre Janet, care a devenit celebru prin cartea sa privitoare la automatismul psihologic, în care comenta dedublarea psihismului în histerie. Şi prin o carte ulterioară privitoare la *psihastenie*, în care comenta importanţa tensiunii psihice pentru menţinerea unei normale *funcţii a realului*. Tot pe la Salpètriér a trecut o vreme şi doctorul Sigmund Freud, din Viena, care va dezvolta ulterior celebra doctrină psihanalitică. Doctrină care-şi are ca punct de plecare tot studierea histeriei, dar interpretată altfel decât o făceau doctrinele tradiţionale.

Salpètriér era un un mare Spital în cadrul căruia funcţiona institutul pentru internarea femeilor histerice condus de Charchot. Histeria este o boală cunoscută din antichitate. Numele ei se trage de la hysterus, care în greceşte înseamnă uter. Se comentează că pe vremea lui Hipocrate tulburările corporale hiperexpresive histerice ar fi fost explicate în spiritul doctrinei umoraliste a vremii: uterul tinerelor fete, fiind un mic animal aflat în interiorul corpului, nefiind satisfăcut, se lichefiază şi începe să circule prin corp; când ajunge la inimă, apar palpitaţii: în plămâni, produce dificultăţi de respiraţie, senzaţie de sufocare; ajuns mai sus, dă senzaţia de nod în gât; când invadează capul, apare o senzaţie de ameţeală şi apoi leşin; femeia îşi pierde cunoştinţa, dar nu de tot, ca în criza epileptică; ea se poate zbate, se zvârcoleşte,

plânge. Dacă se administrează substanţe cu miros puternic şi urât la nas, uterul se poate retrage la locul lui şi criza trece, se spunea pe atunci.

O asemenea interpretare fantezistă se corelează totuşi cu observaţia că fenomenele de tip histeric apăreau mai des la femei. Treptat, prin sec. XVIII, histeria era considerată o boală predominant feminină, iar hipocondria una predominant masculină. Simptomele histerice constau mai ales în tulburări corporale vizibile, care sugerează diverse boli, cel mai des convulsii şi tulburări senzorio-motorii, simptome care atrag atenţia celor din jur; spre deosebire de hipocondrie în care subiectul se plânge de neplăceri somatice pe care le resimte doar el. În vremea lui Charcot, marea problemă medicală era de a diferenţia tulburările histerice de cele neurologice. Leşinul histeric trebuia distins de criza epileptică. Iar paraliziile histerice de cele datorate suferinţei cerebrale. În Clinica lui Charcot, doctorul Babinski a şi descris un semn ce-i poartă numele, care permitea să se susţină că o hemiplegie e sigur organică. Patologia corporală ajuns astfel să fie dezbătute între psihiatri şi restul medicini somatice **(5).**

Studierea histeriei s-a intersectat, aşa cum s-a menţionat, cu fenomenele induse prin magnetism, spiritism şi apoi sugestie hipnotică. În sec. XIX s-a constatat că, la fel cum capacitatea de a fi un bun medium pentru experienţe spiritiste nu o posedă în mod egal toată lumea, si capacitatea de a fi hipnotizat şi sugestionabil diferă la diverşi oameni. Cei care sunt uşor şi intens hipnotizabili au anumite particularităţi psihice, între care şi cea de a avea un imaginar bogat. Imaginarul permite o povestire colorată şi o bună mimare a comportamentului altora prin identificarea cu aceştia. Mimarea în continuare a stărilor vizibile de boală, asa cum sunt paraliziile şi mişcările involuntare, se petrece mai uşor la unele persoane, spontan sau prin sugestie. A apărut ideea că histeria se corelează cu capacitatea de imitare şi mimare, cu o bună capacitate de a juca roluri, inclusiv rolul de om bolnav. Şi, desigur, cu o crescută sugestionabilitate. În plus, tot în sec. XIX, s-a făcut legătura între fenomenele histerice şi ciudatul fenomen al dublei personalităţi.

- Dar, a continuat profesorul P., dacă tinerii sunt interesaţi, la Universitate va avea loc o conferinţă pe tema personalităţilor multiple, susţinută de profesorul H. din Bucureşti. Nu vreţi să mergem împreună?

Toţi au fost de acord.

*

* *

La sfârşitul săptămânii s-au reîntâlnit cu toţii în casa lui Vasile. Acesta l-a rugat pe profesorul P. să sintetizeze şi să comenteze conferinţa pe care au audiat-o.

- Deci, a început profesorul P., conferinţa a început cu menţiunea că interesul pentru această temă a dublei personalităţi a apărut şi s-a impus în sec. XIX, odată cu declinul preocupării pentru posesiunea demonică. Această ultimă temă, care în conferinţă a fost doar menţionată pe scurt, merită un scurt comentariu. Interpretarea nebuniei, a rătăcirii minţii, a aberaţiei comportamentale prin posesiune, prin intrare în trupul şi mintea omului a unui spirit malefic, este veche, prezentă în toate religiile, creştinismul comentând-o încă din Evanghelie, în care Isus alungă demonii din îndrăciţi.

- Aş aminti, interveni Vasile, că episodul relatat în Evanghelia după Luca, în care Isus mută o legiune de demoni dintr-un îndrăcit într-o turmă de porci pe care-i alungă în Marea Tiberiadei, e pus de Dostoievski ca motto la romanul său „Demonii". Aşa ar fi vrut scriitorul şi profetul rus să se petreacă cu demonii ce stăpâneau poporul său şi lumea.

- Exact, posesiunea demoniacă a avut tot timpul şi un sens simbolic, însemnând înscăunarea răului în sufletul persoanei. Acum e vorba de faptul că această idee a stat la baza toleranţei religiei creştine - şi a altor religii - faţă de rătăciţii mentali, ocrotindu-i pe lângă mânăstiri, în măsura în care spiritul rău nu putea fi izgonit prin slujbe sau exorcism. Şi pe teritoriul României astfel de aşezăminte sau bolniţe pentru nebuni au luat fiinţă pe lângă mânăstiri, de exemplu la Golia din Iaşi, la Mărcuţa de pe lângă Bucureşti sau la Balabuci, de unde derivă expresia de *balamuc.*

Odată cu Renaşterea însă s-a produs o schimbare de atitudine. Încrederea în sine a omului a crescut, a început să se vorbească despre *De homine dignitate*, s-a acordat o tot mai mare importanţă liberului arbitru, astfel încât s-a afirmat şi ideea că omul ar putea să facă deliberat un pact cu diavolul sau spiritele necurate. Acest gând a stat în mare măsură la baza proceselor intentate vrăjitoarelor de către Inchiziţia catolică şi a arderii lor pe rug. Ideea unui astfel de pact s-a păstrat în povestea lui Faust. Dar cazurile de posesiunea demoniacă, deşi s-au mai întâlnit în mânăstirile de maici, s-au redus treptat.

- Un caz celebru e prezentat în romanul „Sfânta Maria a îngerilor", în care stareţa unei mânăstiri de maici, îndrăcită, se zvârcoleşte cumplit. Conotaţiile erotice şi psihanalitice sunt evidente. S-a făcut pe această temă şi un film reuşit, de către regizorul polonez Kawalerowicz.

- Posesiunea demoniacă nu se manifestă doar sub forma îndrăcirii trupului, care se comportă şi vorbeşte ciudat, în afara voinţei şi conştiinţei lucide a subiectului, căruia pare astfel că î-şi scapă de sub control corpul. Diavolul a fost invocat şi drept cauză a gândurilor necurate, a tentaţiilor necuvenite şi a ideilor de păcătuire care-l muncesc pe bietul om şi împotriva cărora el se chinuie cumplit. Astfel de idei repetitive, cum ar fi faptul de a înjura în biserică, gânduri ruşinoase despre Sfânta Maria, porniri sexuale incestuoase, intenţii criminale faţă de cei apropiaţi au fost numite *obsesii*, expresie ce derivă din cea de asediere. **(6)** Celebrul Ignatio de Loyola, cel care a înfiinţat ordinul călugăresc al iezuiţilor, cere un minuţios examen de conştiinţă, care să curme cu scrupulozitate cele mai mici gânduri păcătoase, în vederea spovedaniei şi penitenţei**.** Dar, după două secole de raţionalism, varianta demonopată a nebuniei, care figurează prin diagnosticele medicale până la sfârşitul sec. XVIII, s-a redus simţitor. Boala mintală şi comportamentele particulare au ajuns să fie înţelese tot mai mult prin funcţionarea perturbată a creierului.

- Totuşi, stările de posesiune, comportamentul aberant pus în seama posedării persoanei de către spirite, se întâlneşte şi în zilele noastre în diverse părţi ale globului. Psihiatria transculturală le înregistrează şi le descrie, iar sistemele de

clasificare a tulburărilor mentale încă le menţionează. E drept, ca ceva rar, la fel ca de altfel şi dubla personalitate.

- Aceste schimbări de interpretare de-a lungul epocilor istorice nu relativizează oare cunoştinţele noastre în domeniul psihopatologiei umane?

- Schimbări, desigur, există de la o cultură la alta şi de-a lungul istoriei. Totuşi, manifestări ca cele denumite histerie, melancolie, manie, hipocondrie, delir, se regăsesc în cultura europeană de peste 2500 de ani, chiar dacă descrierile şi interpretările s-au modificat. De asemenea, în spatele tulburărilor şi anormalităţilor comportamentale descrise în diverse locuri, culturi şi timpuri, se pot identifica unele pattern-uri constante şi specifice, care sugerează că cel puţin omul cunoscut de culturile istorice, a avut câteva domenii relativ conturate de funcţionare normală, pornind de la care psihismul său alunecă, atunci când el se manifestă prin stări de minus psihopatologic. Preocuparea pentru boală ar fi unul dintre acestea alături de frică, depresie, expansivitatea dezinhibată sau tendinţa de a deveni atractiv prin hiperexpresivitate. Problema ce o avem de discutat acum e însă deosebită, deoarece ea se referă la personalitate. Iar acest concept e unul mai particular, mai sensibil la parametrii socio-culturali istorici. Noţiunea europeană de persoană, lansată în dreptul roman, a fost forjată în dogmatica creştină şi a coborât în aria eticii, pentru a deveni apoi o preocupare a sociologiei, politicului şi psihologiei.

- Înţelesul conceptului de persoană s-a modificat din sec. XIX până în prezent, la fel ca şi corelaţia sa cu psihologia – a reluat discuţia profesorul P. Cazurile de personalitate multiplă studiate atunci rămân însă şi în prezent repere de discuţie. În conferinţa sa, profesorul H. a amintit câteva, care sunt menţionate şi în cartea lui Ellenberger privitoare la Descoperirea inconştientului, despre care am mai discutat. De aceea am adus-o şi propun să recapitulăm împreună câteva din primele cazuri descrise.

În 1789, la debutul Revoluţiei Franceze, aristocraţii francezi s-au refugiat la Stuttgart. Impresionată de ei, o tânără fată germană de 20 de ani şi-a schimbat subit personalitatea pentru una franceză. Ea a adoptat manierele franceze, îi imita din toate punctele de vedere şi se exprima perfect în franceză, vorbind germana cu un accent francez. După un timp, revenea la personalitatea germană, timp în care nu-şi amintea de cea franceză. Când revenea personalitatea franceză, îşi amintea perfect

de toate episoadele franceze; schimbarea se putea face brusc de la o personalitate la alta.

Cazul a fost publicat în 1981 de doctorul Eberhard Gmelin şi l-a interesat mult pe psihiatrul Reil.

Unul dintre cele mai celebre cazuri a fost cel al lui Mary Reynolds, publicat în 1815 de către Mitchell şi republicat într-o modalitate detaliată, însoţită de un comentariu al reverendului Plumer.

Mary Reynolds, fiica unui reverend care a emigrat cu familia din Anglia în Statele Unite, trăia într-o regiune recent colonizată în Pennsylvania. În 1911, la 19 ani, într-o zi, plimbându-se în marginea oraşului, a intrat într-o stare de inconştienţă, revenindu-şi apoi parţial dar nevăzând şi neauzind cinci săptămâni. Apoi şi-a revenit complet. După trei luni are o nouă stare de inconştienţă, din care-şi revine lent, pentru ca într-o zi „să se trezească" complet, dar având o personalitate schimbată. Apoi revine personalitatea de bază. Cele două personalităţi alternează până la 35 de ani. Personalitatea de bază era calmă, meditativă, fără prea multă imaginaţie şi cu tendinţe depresive. În cursul personalităţii secunde era veselă, cu o imaginaţie debordantă, sociabilă, jucăuşă, preocupată de poezie. Avea conştiinţa celeilalte personalităţi şi se temea să nu recadă în ea, în mod necontrolat. Dar în ambele stări dădea dovada de abilitate intelectuală şi socială.

În Franţa interesul pentru dubla personalitate s-a impus prin cazul Estelle, publicat de Despine - tatăl în 1840.

Estelle era o tânără din Neuchatel care şi-a pierdut tatăl în pubertate. Nu după mult timp, jucându-se cu colegele, a suferit un traumatism de colană. S-au instalat treptat dureri, care au crescut progresiv, dificultăţi de mers, până s-a ajuns la o paralizie a membrelor inferioare, pe care medicii s-au declarat incapabili să o trateze. Disperată, mama o duce în 1836 la băile Aix del Baines la doctorul Despine, care le propune un tratament prin magnetizare. Acesta se desfăşoară sub o riguroasă supraveghere a mamei, care notează evoluţia. Sub tratamentul cu magnetizări starea se ameliorează, reducându-se durerile atroce şi mobilitatea. În stare de magnetizare, *Estelle se simte* altfel. *Din 1837 se instalează, după o criză psihică bulversantă, o viaţă evident dublă. În stare de magnetizare tânăra devine dezinhibată, ajunge să meargă, se adresează familiar medicului, e plină de energie, activă. În cealaltă stare, cea bazală, e deprimată, are dureri şi dificultăţi de mers. Apoi, cele două stări apar spontan, fără magnetizări. În faza de bună personalitate, dacă e contrariată, cade într-o stare cataleptică. După ce se reîntoarce în Neuchatel, trăieşte dificil desprinderea de magnetizator. Dar treptat personalitatea energică şi activă câştigă teren. O anchetă ulterioară arată că s-a căsătorit şi a trăit în Paris, fără a avea copii.*

Acest caz al lui Estelle l-a interesat mult la sfârşitul sec. XIX pe psihopatologul Janet, care a comentat şi el cazuri de dublă personalitate pe care le-a tratat prin hipnoză. De fapt, în vremea lui Janet, mare parte din această cazuistică era încadrată în conceptul nou al histeriei, configurat de Briquet şi dezvoltat de Charcot. Iar studierea şi tratamentul se face prin hipnoză. S-a reuşit ca prin hipnoză unele cazuri să-şi amintească faptele şi cunoştinţele pe care le trăiseră în cursul personalităţii secunde şi pe care în stare vigilă nu şi le aminteau. Mai mult încă, s-a vorbit de o personalitate secundară latentă, pe care doar hipnoza o evidenţiază. Janet, etichetând cu un nume aceste personalităţi derivate, făcea ca sub hipnoză ele să apară mai uşor.

Alt caz care a beneficiat de atenţia unei celebrităţi a vremii, psihologul W. James, a fost cel al lui Ansel Bourne.

Starea disociativă se petrece acum la maturitate. Dar tinereţea e marcată şi ea de un eveniment particular. Tânărul Bourne se declara la un moment dat cu insolenţă ateu, afirmând public că mai bine devine surdomut decât să intre în biserică. Şi la scurt timp, îşi pierde vederea, auzul şi vorbirea. Apoi îşi anunţă spectaculos în biserică conversiunea religioasă care, afirmativ, l-a vindecat de aceste infirmităţi printr-un miracol. El devine predicator ambulant. După o perioadă de timp, la un moment dat, dispare de la domiciliul său din Coventry; ridică de la Asigurări o importantă sumă de bani, îşi vizitează nepotul şi apoi dispare. Două săptămâni mai târziu un anume Albert Brown soseşte în Norristown (Pennsylvania) şi îşi deschide un mic magazin. Duce o viaţă retrasă şi discretă până într-o zi când se trezeşte dimineaţa cu totul bulversat. Îşi regăseşte adevărata identitate de Ansel Bourne şi nu înţelege ce s-a petrecut cu el. Când se destăinuieşte vecinilor, acesta îl cred nebun. În sfârşit soseşte nepotul şi îl duce de unde a plecat. Nu îşi aminteşte lucid nimic despre episodul petrecut ca Albert Brown.

W. James l-a hipnotizat pe Ansel Bourne, iar în stare hipnotică, sub care a redevenit Albert Brown, şi-a amintit tot ce a făcut în cele două luni despre care, lucid, nu-şi amintea nimic. Fuga se pare că se corelează si cu insatisfacţia profundă ce i-o produce temperamentul cicălitor al soţiei sale. De remarcat în comportamentul său că, în perioada în care era Albert Brown, avea la el actele de identitate ca Ansel Bourne.

La cumpăna dintre sec. XIX şi XX s-au interesat de problema personalităţii multiple, publicând cărţi în acest sens, aproape toate celebrităţile psihologiei şi

psihopatologiei. Pot fi menţionaţi: Th. Ribot, J.M. Charcot, A. Binet, P. Janet, H. Bourne şi P. Burot, M. Dessoir, F. Mayers, T. K. Oesterreich, M. Prince.

- Dacă tema dublei personalităţi s-a impus în sec XIX, oare nu a jucat un rol şi influenţa romantismului?, a intervenit Vasile. Se ştie că romantismul a cultivat, pe lângă tema visului şi inconştientului şi pe cea a dedublării subiectului, a conflictului intrapsihic între bine şi rău. Literatura vremii dezvolta chiar dedublarea persoanei. Putem cita cartea „Dr. Jekyll and Mr. Hyde", în care alternanţa între două moduri de comportament e personificată dincolo de situaţia mai obişnuită a oamenilor de a duce, mai mult sau mai puţin conştient, o viaţă dublă. Dostoievski, în micul său roman de tinereţe „Dublul" descrie pe eroul Goliadkin, un umil şi supus funcţionar, care de la un moment dat începe să vadă o dublură care se comportă, în mediul în care el trăieşte zi cu zi, într-un stil exact contrar firii sale**:** îndrăzneţ, insolent, neruşinat, obraznic. Şi asta, spre stupoarea tuturor celor care-l cunosc. E drept că în final ajunge într-o casă de sănătate. Acest fenomen de a se vedea pe sine în afara sa, denumit heautoscopie, se întâlneşte şi în alte opere literare, de la Goethe la Guy de Maupassant, care descrie în romanul său „Horla" chiar o heautoscopie negativă: eroul se uită în oglindă şi nu se mai vede pe sine.

- Foarte probabil. Iar acum, părăsind acum cele ce sunt menţionate în cartea lui Ellenberger, să urmărim firul expunerii profesorului H. despre tema dublei personalităţi în sec. XX. Lăsând la o parte începutul acestuia, solidar cu sec. XIX, în care se impun cărţile lui Janet şi M. Prince, studiile sunt rare până la mijlocul secolului, când în SUA apare cartea lui C. Thigpen şi H. Cleckley „The three faces of Eve", după care se face şi un film. Cleckley a rămas celebru în psihopatologie pentru că, în acea perioadă, a conceptualizat *psihopatia* ca tulburare de personalitate manipulatoare, grupând oameni cuceritori, şarmanţi, ce se află printre noi, exercitând diverse profesii; dar care au un comportament egoist şi amoral. Dar adevărata relansare americană a problemei dublei personalităţi se produce după 1973, când gazetara F. Schreiber lansează cartea „Sybil", pe marginea unui caz tratat de dr. C. Wilbur. Cartea devine un bestseller şi stă, de asemenea, la baza unui film, ambele cu

Chenar (Articol pe : www.guardian.co.uk -2013)

Sindromul personalităţilor multiple : femeia cu 100 de personalităţi – Într-un singur corp o serie de alţi oameni, numărul acestora fiind nesigur şi în ziua de azi.

Pictorita Kim Noble este o femeie cu părul lung şi ochii pătrunzători. Locuieşte în sudul Londrei alături de fata sa de 14 ani pe nume Aimee, cei doi câini şi peste 100 de personalităţi. În articolul de mai jos vă prezentăm un caz excepţional al acestei femei care a avut de înfruntat o afecţiune care i-a schimbat atât viaţa personală, cât şi viaţa profesională, dar pe care a reuşit să o integreze în drumul său de dezvoltare personală cu putere şi perseverenţă. La 50 ani Kim suferă de sindromul personalităţilor multiple. Aşadar ea cuprinde într-un singur corp o serie de alţi oameni, numărul acestora fiind nesigur şi în ziua de azi. Toate aceste personalităţi sunt diferite unele de celelalte, având propriile nume, vârste şi caracteristici ale temperamentului. Unele sunt copii, alţii sunt bărbaţi.

Chiar şi pentru un journalist, intervievarea ei este dificilăş, Kim Noble este doar numele regăsit pe actul de identitate, însă cine pe cine intervievează de fapt acesta? Pe Hayley? Pe Judy? Pe Ken?

Se pare că la mijloc se regăseşte un adevărat protocol : o cunoaştem pe Patricia, personalitatea dominantă printer alter egourile lui Kim. Patricia este cea care are grijă de Aimee şi care se asigură că este lapte în frigider. Patricia este cea care răspunde la uşă şi urează bun venit celor care sosesc. Casa este proaspăt vopsită, curată şi îngrijită. Patricia este plină de energie deoarece ea abia s-a întors dintr-o călătorie în Tenerife.

Fotograful se aşează în sufragerie, iar Kim şi intervievatorul pornesc spre dormitorul lui Aimee. Reporterul nu ştie cum să i se adreseze acesteia : “Să-i spun Kim sau Patricia?”

“Sunt Patricia”, spune ea. “Nu-mi place să mi se spună Kim, dar m-am obişnuit în cele din urmă

”Cât de des îşi schimbă oare personalităţile?”

“Sunt între trei şi patru schimburi pe zi”.

“Ce s-a întâmplat până acum?”

“În această dimineaţă, Spiritul Apei a făcut baaie. Şi una dintre ele a pictat – probabil să fi fost Abi. Şi cineva a aspirat înainte să veniţi”.

Straşnica poveste a lui Kim este dezvăluită”în autobiografia sa “Totul din mine”. Aflăm astfel că s-a născut în anul 1960. Deoarece părinţiin ei erau ocupaţi şi mai aveau şi o căsnicie nefericită, ea a fost îngrijită de prieteni şi cunoştinţe. Detaliile cărţii sunt destul de neclare, însă un lucru este sigur: undeva între vârsta de 1 şi 3 ani Kim a fost abuată în mod repetat. Din acest punct al vieţii sale, mintea ei traumatizantă a căutat refugiul în crearea unor identităţi separate. Majoritatea personalităţilor sale multiple nu au suferit nici un abuz, aceste fiind mecanismul de apărare pe care Kim l-a găsit pentru a se proteja.

mare succes la public. Era tocmai perioada elaborării DSM III, care apare în 1980. Şi astfel, în această conjunctură s-a ajuns ca Manualul să cuprindă categoria personalităţilor multiple, care e redenumită în DSM IV (1994) *Dissociative Identity Disorder*. Cu toată această recunoaştere oficială, în ultime decenii, cazurile din această categorie descrise în Europa şi restul lumii sunt infime. **(7)**

- Şi acum câteva cuvinte despre comentariul final al profesorului H. Tulburarea denumită *Dubla personalitate* sau *Personalităţi multiple* s-a impus în sec.XIX în crepusculul temei posesiunii, demoniacă şi în strânsă corelaţie cu doctrina magnetismului şi hipnozei, toate conturând dependenţa de o persoană dominantă ce poate influenţa nu doar stările de moment ci şi cele de durată ale persoanei. Dedublarea identitară a persoanei presupune atât sugestionabilitatea cât şi un imaginar fecund care să poată susţine jocuri de rol consistente. Corelaţia cu spectacolul e sugerată şi de conjunctura în care se produce relansarea temei în a doua jumătate a sec. XX, când cazurile Eve şi Sybil au fost intens întreţinute de mass media. Chiar dacă formula dedublării anormale a persoanei persistă ca aspect al duplicităţii funciare a existenţei omeneşti, în diverse contexte socio culturale ea ajunge să se exprime diferit. Astfel, pentru prezent, de o dublă personalitate s-ar putea vorbi mai repede în cazul unor criminali în serie, care se ascund în spatele unei vieţi onorabile. Şi despre care aflăm doar cu ocazia proceselor şi prin documentarele de televiziune. Aceste cazuri seamănă mai mult cu viaţa dublă a spionului. Oricum, tradiţionala problemă a dublei personalităţi a ridicat o problemă ce nu a dispărut nici până azi: în ce sens se poate vorbi despre unitatea persoanei umane?

- Tema duplicităţii umane, corelată cu tema unităţii acesteia şi desigur cu dimensiunea imaginarului, e un subiect ce a preocupat nu doar cultura şi psihopatologia ci şi filozofia – a intervenit Eugen. Dacă literatura din sec. XIX comentează dedublarea persoanei mai ales din perspectiva morală a conflictului dintre bine şi rău, filosofia existenţialistă din sec. XX a abordat tema duplicităţii funciare a existenţei umane. Omul, ca *Da-sein,* nu e un dat circumscris, ci o deschidere a unor posibilităţi, comentează Heidegger în „Fiinţă şi Timp". Iar Sartre susţine că în cazul omului existenţa precede esenţa, pe care subiectul şi-o construieşte

prin libertatea la care e condamnat. În interiorul acestei perspective a proiectului existenţial, duplicitatea e un fenomen multifaţetat. Ea e atestată prin cazuistica bine cunoscută a minciunii, relei credinţe, ipocriziei, compromisului, toate ca o contrapondere a imaginarului creator. Şi personalişti francezi, ca Mounier, susţineau această idee a libertăţii de autodeterminare şi angajament existenţial al omului. Probabil că multiplicitatea ipostazelor posibile ale persoanei, se corelează şi cu aceste perspective filozofice.

- Perspectiva filozofiei e întotdeauna importantă a intervenit Alexandru, deoarece nu ne lasă liniştiţi, punându-se pe gânduri. Dar problema identitară pe care a ridicat-o dubla personalitate ne trimite şi spre domeniul destul de concret al identităţii sociale a subiectului uman, fapt de care psihopatologia e totdeauna interesată. Iar polul e intim corelat cu polul corporal, susţinând astfel obiectivitatea identităţii subiectului. Aceşti doi poli, care parţial sunt exteriori, sprijină întreaga structură psihică a persoanei, centrată de sinele său identitar şi manifestată activ în situaţii actuale.

- Ceea ce e important şi nu trebuie uitat, a intervenit Eric, este deci că personalităţile multiple au în spate, ca o bază a lor, persistenţa identităţii corporale. Corpul şi creierul său rămâne lăcaşul unei permanenţe a sufletului, chiar dacă el e invadat de posesiune demoniacă, se exprimă social cu mai multe identităţi sau fuzionează în manieră ecstatică, identificându-se cu fiinţe supranaturale. Luptătorii nordici besercki, în focul confruntării, simţeau că se metamorfozează într-o fiară, într-un lup de exemplu şi luptau pe măsură, uneori până la moarte. Dar de murit, mureau cu trupul lor.

- Identitatea corporală şi psihică a subiectului e încadrată aşa cum s-a amintit, de identitatea socială, a intervenit Sorina. Aceasta e definită în plan socio-juridic prin nume, sex, dată de naştere – şi deci vârstă actuală – adresa de bază a locuirii şi proprietăţi, aşa cum specifică dreptul civil dintotdeauna. Actele, precum buletinul de identitate sau paşaportul, includ în zilele noastre şi caracteristici ale persoanei corporale: înălţimea, fotografia, culoarea ochilor şi semne particulare. În plus, persoana se mai defineşte prin statutul şi rolul său social, aspecte pe care

sociologia lui Pearson le-a scos în evidenţă. Aşa e, pe de-o parte, statutul marital şi familial, cel instructiv-profesional pe de altă parte. Din câte am auzit, s-au descris în sec XX cazuri de dublă personalitate în care în aceeaşi perioadă subiectul avea, în locuri diferite, două familii şi două profesii. Deşi acest stil de viaţă dublă nu se suprapune întru totul peste cazurile descrise în sec. XIX. Apoi, se poate invoca şi eu cazul particular al dublei identităţi a spionului care, jucându-şi bine rolul, poate fi descoperit doar prin trădare.

- Identitatea corporală, considerată ca un nivel bazal al identităţii persoanei, nu e nici ea în afara unui posibil comentariu. Desigur, la nivel biologic, există o identitate genetică şi imunologică, iar amprenta digitală a fost de mult folosită ca marker de identificare. Totuşi, corpul, deşi identic în principiu cu sine, se modifică odată cu vârsta. El poate fi marcat de boli, de accidente, de stigme corporale. Pe de altă parte, aspectul şi expresivitatea corporală e îngrijită şi manipulată de către subiect. Intervine cosmetica, mai ales la nivelul extremităţii cefalice. Apoi îmbrăcămintea şi podoabele, fardurile şi perucile. Toate acestea se folosesc nu numai la teatru. Se pot face operaţii estetice din care rezultă diverse modificări ale aspectului corporal. Inclusiv de către cei care vor să li se piardă urma, adoptând o nouă identitate socială.

- Corporalitatea este în acelaşi timp suportul identităţii şi rolurilor sociale constante cât şi a expresivităţii circumstanţiale, pe care persoana le joacă în viaţă.

- În ceea ce priveşte aspectul circumstanţial al manifestărilor corporale, mimica, gestualitatea, ţinuta, vorbirea, pot indica variate stări sufleteşti şi stiluri de raportare, corelate şi cu rolurile sociale. Tema rolului s-a dezvoltat în instituţia spectacolelor teatrale, care pe vremuri se juca cu măşti şi deghizări. Actorii profesionişti, când joacă pe scenă, se exprimă altfel decât în viaţa lor de toate zilele. La fel, în cursul vieţii curente, te manifeşti altfel în situaţia de îndrăgostit sau de părinte sever, de bolnav sau de preşedinte a unui congres ştiinţific.

- O zonă în care identitatea de rol social se corelează strâns cu cea corporală e aria sexualităţii. Identitatea masculină sau feminină se bazează pe corporalitate, dar şi pe statute şi roluri comportamentale şi expresive definite socio-

cultural. Acestea orientează educaţia, îmbrăcămintea, jocurile şi profesiile dominante pentru un sex. Deoarece s-a invocat rolul teatrului, se cere a nu se ignora travestitul. Mai demult, la teatru, rolurile de femei erau jucate de bărbaţi travestiţi. În teatrul lui Shakespeare, quiproquouruile pot conduce la confuzii pline de efect, în ceea ce priveşte identitatea sexuală. Istoria saloanelor europene din sec. XVIII îl evocă pe cavalerul d'Eon, care zdrobeşte inimile multor persoane de ambele sexe la curtea Franţei, Rusiei şi Angliei, apărând când ca bărbat, când ca femeie, astfel că pariurile puse pe identitatea sa sexuală au atins la Londra fabuloasa sumă de 300000 de lire sterline. Pentru ca să-şi trăiască bătrâneţea ca femeie. Iar la autopsie sa se constate că era bărbat.

- Perspectivele pe care le-aţi adus în discuţie depăşesc cadrul socio cultural în care a fost abordată dubla personalitate în sec. XIX, a intervenit profesorul P. Stilul de manifestare socială a personalităţii s-a schimbat între timp, astfel încât ceea ce era valabil pentru burghezul din Viena, tip care a furnizat cazuistica de bază a lui Freud, nu mai e valabil pentru americanul de la începutul sec. XXI. Alta e situaţia şi mentalitatea familiei, altele sunt permisivităţile sexuale, stilul educaţional şi universul informaţional. Ca psiholog, trebuie să adaug însă la toate cele comentate, faptul amintit de Alexandru, că între identitatea corporală şi cea socială se plasează structura psihică propriu zisă a subiectului, centrată de identitatea sa biografică, de structura caracterială, de motivaţia profundă şi de patternurile comportamentale relativ constante, zonă pe care o studiază psihologia persoanei în ultimele decenii. **(8)** Identitatea biografică are o faţetă interioară ce implica memoria, bază pentru evocări şi pentru o posibilă autobiografie. Acest aspect s-a corelat cu problematica dublei personalităţi : unele cazuri aveau o amintire reciprocă unilaterală între cele două ipostaze, altele o lipsă totală sau parţială a amintirilor. Există în acelaşi timp şi o faţetă exterioară a identităţii biografice, care e baza invocării subiectului de către alţii, a plasării sale în istorii narative, a evaluării şi caracterizării sale. Şi în cele din urmă, a unei eventuale biografii scrise.

Tot de identitatea persoanei ţine şi ceea ce se numeşte caracter. Caracterul se referă la forma particulară în care psihismul său e organizat şi se exprimă în diverse

situaţii şi relaţionări. Tradiţional se diferenţiază între un aspect expresiv comportamental şi unul moral. De la început, caracterul s-a corelat cu trăsăturile temperamentale, încă de pe vremea în care au fost descrişi flegmaticii, sangvinicii, colericii şi melancolicii. Recent, în sec.XX, caracteriologia tipologică continuă să intereseze psihologia persoanei, studiindu-se unele trăsături constante, cum este de exemplu introversiunea, extroversiunea, agreabilitatea, constanţa manifestărilor, conştiinciozitate, deschiderea spre experienţă, dominanţa ş.a.m.d.

Caracterul a avut însă, tradiţional, şi cu sens moral. Acesta a funcţionat în caracterizarea de zi cu zi a oamenilor, ce se etichetează unii pe alţii ca buni, răi, curajoşi, leneşi, zgârciţi. Sensul moral a fost mult timp comentat in stransa corelatie cu virtuţile, aşa cum s-au impus ele încă de pe vremea lui Aristotel. E interesantă opinia filozofului McIntyre, care interpretează virtuţile prin perspectiva narativităţii specifică existenţei umane.

- Se pare că această problemă a identităţii persoanei e deosebit de complexă. Să sperăm că vom avea şi alte discuţii care să ne ajute a ne lămuri. Pentru început, psihopatologia pare să fie un bun ghid.

Chenar 11

Identitatea narativă a sinelui

Persistenţa unei virtuţi în viaţa cuiva poate fi înţeleasă numai ca o caracteristică a unei vieţi unitare, a vieţii care poate fi privită şi evaluată ca un întreg, centrat. Iar unitatea sinelui e cea a unei naraţiuni ce leagă naşterea de viaţă şi de moarte, tot aşa um se leagă începutul unei povestiri de mijlocul şi de încheierea ei.

Un *comportament* nu poate fi determinat fără a determina mai întâi intenţiile, convingerile şi cadrele sau fără a ţine seama de ele... Un comportament nu poate fi caracterizat adecvat decât dacă ştim care sunt intenţiile pe termen mai lung invocate şi cum se raportează la ele cele pe termen scurt. Din nou suntem angajaţi în srierea unei istorii narative... Istoria narativă de un anumit tip se dovedeşte a fi genul primar şi esenţial pentru caracterizarea acţiunilor omeneşti... A caracteriza o întâmplare drept o acţiune înseamnă, într-un caz exemplar, a o caracteriza printr-un tip de descriere care ne permite să privim acea întâmplare ca decurgând în mod inteligibil din intenţiile, motivele, pasiunile şi ţelurile unui agent anume...a o înţelege ca o acţiune despre care i se poate oricând cere agentului o explicaţie inteligibilă... Atât scopurile, cât şi actele vorbirii au nevoie de contexte din care cel mai familiar e conversaţia...o conversaţie este o operă dramatică, chiar dacă foarte scurtă, în care participanţii nu sunt doar actori, ci şi coautori care prelucrează, punându-se de acord între ei, forma produsului lor... Atât conversaţiile, cât şi acţiunile omeneşti, sunt naraţiuni în actt. Deoarece toţi trăim naraţiuni şi ne înţelegem viaţa în cheia narativă, forma naraţiunii e cea mai potrivită pentru a înţelege acţiunile celorlalţi. Povestirile sunt trăite înainte de a fi povestite – cu excepţia ficţiunilor... Agentul nu e doar actor ci şi autor. O acţiune este un moment dintr-o istorie posibilă sau reală sau în mai multe asemenea istorii...Sinele înlocuieşte un personaj (care asigură identitatea subiectului pentru sine şi pentru alţii). Naraţiunea fiecărei vieţi face parte dintr-un şir de naraţiuni care se interpătrund.

După Alasdair McIntyre,(i998) Tratat de morală. După virtute, Ed.Humanitas,Bucureşti

Capitolul II Note şi Bibliografie

1. Berrios este în prezent autorul cel mai proeminent în domeniul istoriei psihopatologiei descriptive. Una dintre lucrările sale de referinţă este:

21. Berrios G.E. (1996), The history of mental symptomes. Descriptive psychopathology since the nineteenths century. Cambridge University Press

Autorul analizează cum semiologia psihiatrică s-a constituit în aprox. 100 ani, începând din prima jumătate a sec.XIX. Diverse subiecte ale acestei istorii sunt comentate în multiple şi capitole, astfel încât lucrarea lui Berrios va mai fi citată în cursul cărţii.

2. Istoria noţiunii de astenie e interesantă, deoarece deşi e vorba de o trăire psihică subiectivă, aceasta se evidenţiază ca aflându-se sub influenţa unor aspecte socio-culturale. Dacă neurastenia lui Beard era interpretată ca o epuizare a americanilor aflaţi în plin avânt, prin suprasolicitare concurenţială, nevroza astenică a ţărilor socialiste de la mijlocul sec.XX poate fi interpretată şi prin insatisfacţia în muncă, prin sentimentul frustrării de iniţiativă şi de statutul de beneficiar real al eforturilor proprii a celor ce munceau. Corelarea cu efortul muncii a fost însă o observaţie constantă în cultura occidentală.Ideia efortului corporal ajunsese in sec XIX si o preocupare filozofica prin Main de Biran.Un aspect particular era faptul ca perceptia corporala care e continua dar preconstienta,implicita,devine constienta si neplacuta,sub forma cenestopatiilor,printr-un fel de hiperreflexie.

O altă direcţie din care problematica asteniei poate fi comentată e cea energetică holistă, a echilibrelor concentrice ale corpului şi persoanei umane. Medicina tradiţională chineză pune accent pe acest aspect; de aceea ea nici în prezent nu renunţă la diagnosticul de astenie. Omul nu e conceput acum ca un subiect activ ce se raportează intenţional, operativ şi productiv la un obiect – sau obiectiv - ce stă în faţă, cu care se confruntă sau pe care-l produce, îl realizează. Omul este imersat într-un cosmos concentric, în raport cu care trebuie să-şi găsească echilibru. Aceasta e de fapt viziunea tradiţională a multor culturi despre poziţia omului în univers şi în raport cu instanţă sacrală. Plenitudinea fiinţei se atinge prin fuziunea extatică cu sacralitatea. Desprinderea de acest contact prăbuşeşte subiectul într-un vid psihic, abulic şi astenic. In această arie, psihopatologia apropie sentimentul depersonalizant al vidului interior de îndoiala şi indecizia abulică, de o stare de sfârşeală sufletească, de un sentiment major de oboseală, corelat cu o trăire corporală neplăcută, însoţită de cenestopatii.

E interesantă şi opinia lui Freud, de la începutul sec. XX, care corela neurastenia, înţeleasă ca *nevroză actuală*, cu o epuizare sexuală, mai ales prin masturbaţie. Deşi această opinie a fost privită cu ironie, în prezent merită să se ţină cont de faptul că orgasmul sexual, ca trăire totalizatoare psihocorporală, are evidente corelaţii fenomenelogice cu extazul mistic. Iar ambele au un suport în anumite modalităţi de descărcare cerebrală, pe care droguri ca ecstasy le stimulează. Acedia mânastirească a golului de Dumnezeu pe care o invocă Cioran ca exemplară pentru vidul sufletesc depersonalizant e şi un nucleu în jurul căruia gravitează neurastenia corporală şi psihastenia îndoielilor şi abuliei, În sfârşit, astenia cenestopată a depersonalizării corporale din schizofrenie – semnalată şi invocată în tot cursul sec. XX şi în prezent reactualizată de Stangellini – sugerează o afectare a unor zone de integrare cerebrală ce articulează polul orgasmului cu cel al extazului.

Trăirea asteniei psihopatologice e un caz interesant nu doar pentru sentimentul de oboseală, care face parte din recuzita trăirilor umane firești. Ci pentru că astenia poate însoţi sau poate fi consecutivă unor multiple boli somatice şi cerebrale. În prezent el e puţin comentată în SUA şi ţările occidentale, probabil şi din motive ideologice. Stilul de viaţă promovat actualmente e unul al iniţiativei şi mobilităţii, al orientării pragmatice şi hedonice, a faptului de a nu persista în eşecuri, ci de a intra rapid în noi proiecte. O lume dinamică, centrată mai mult pe prezent, relativ optimistă şi eficientă, destul de agresivă şi fără multe resentimente. Această lume nu e una care să cultive sau care să se aplece cu atenţie asupra sindromului astenic.

3. Felul în care au fost introduse şi sistematizate *tulburările somatoforme* în DSM-IV-TR (dintre care doar o parte sunt prezentate în tabel) a fost obiectul unor multiple comentarii critice, datorită criteriului arbitrar folosit: simptome subiective ce se referă la corp. Astfel de ex.

OMS, prin manualul său ICD-10 nu a acceptat fragmentarea tradiţionalei simptomatologii a *nevrozei isterice* care, pe lângă simptomele de conversiune somatică se manifestă şi prin *stări disociative de conştiinţă*, apropiată de problematica dublei personalităţi. La fel, preocupările anxios fobice privitoare la sănătatea corporală se consideră că sunt mai apropiate de ansamblul tulburărilor anxioase. De aceea proiectul pentru DSM-V a inclus pe parcurs o reorganizare a acestui capitol.

Un aspect psihopatologic important care poate fi comentat în marginea unora din tulburările ce erau incluse în acest capitol, aşa cum e hipocondria şi tulburarea dismorfică corporală este faptul că tematica respectivă poate să se prezinte în modalităţi anxios fobice, obsesiv compulsive, prevalente şi delirante. Este deci o temă ce poate deveni anormală şi prin forma de trăire anormală pe aceasta o ia la un caz dat.

4. Cartea lui Ellemberger a rămas una de referinţă şi prin felul în care el plasează autorii principalelor doctrine în epocă, comentând în legătura cu biografia fiecăruia, formaţia intelectuală, mediul intelectual, influenţele primite, opera, moşternirea spirituală etc. Precum şi caracteristicile spirituale ale Europei în perioada în care doctrinele privitoare la inconştient s-au constituit. Trimiterea făcută în text la această lucrare se datorează prezentării clare a problemei dublei personalităţi în contextul sec.XIX.

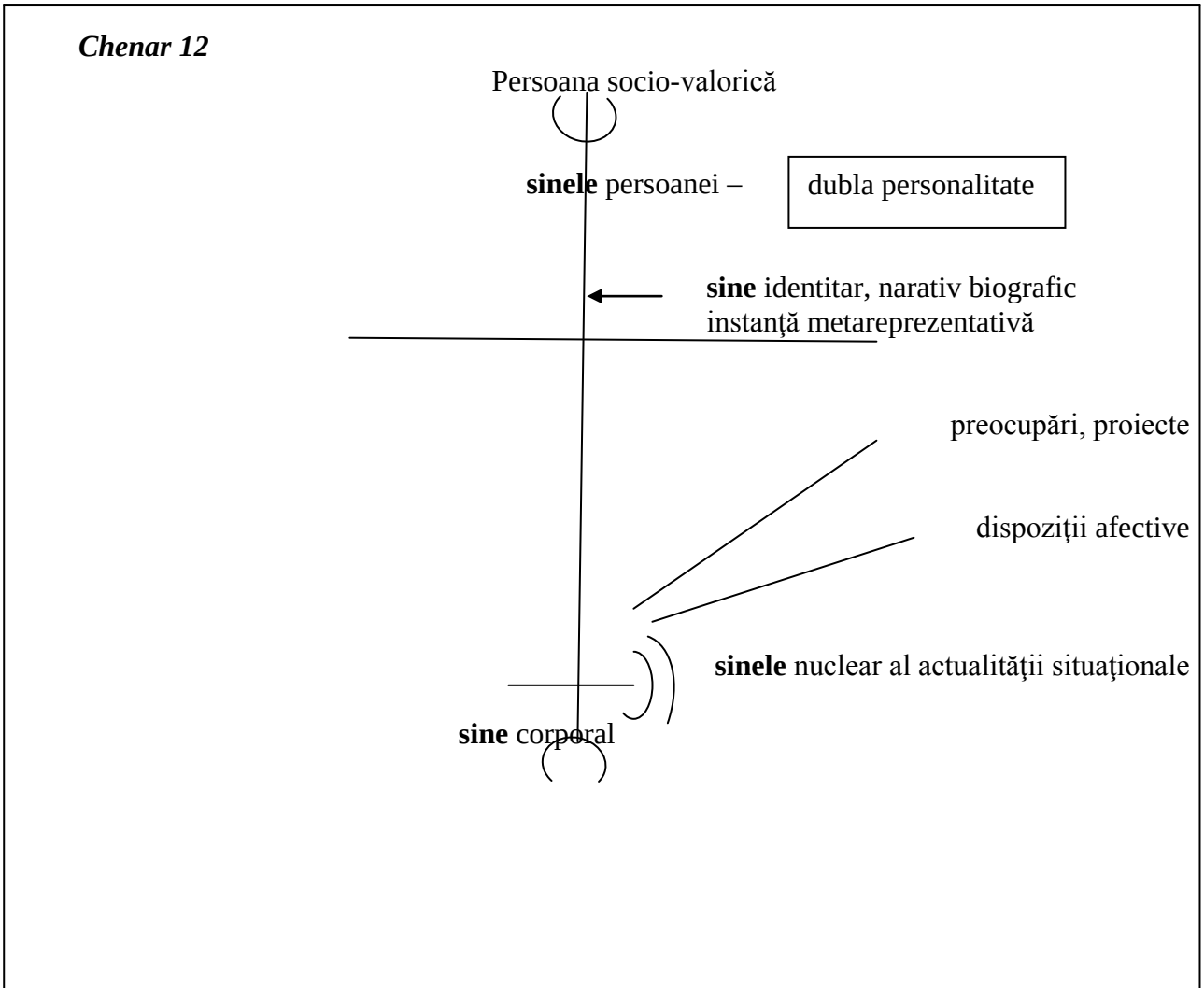
22. Ellemberger H.F. (1994), Histoire de la dècouverte de l'incostient, Ed.Fayard, Paris

Cazul Sybile e amplu comentat în lucrarea lui Rieber.

23. Rieber R.W. (2006), The Bifurcation of the Self. The Hystory and Theory of Dissotiation and its Disorders, Springer.

La acest nivel se introduce o modificare metodică a planului de discutie, inserându-se tema personalităţii, cu punct de plecare in fenomenul hipnozei si al dublei personalităţi. Se încearcă astfel, printr-o mişcare relativ abruptă, să se deschidă spaţiul problematic dintre instanţa corporalităţii si cea socială a psihismului persoanei – a sinelui - ,poli intre care se plaseaza centrul trairilor situationale actuale. În capitolele urmatoare se va pendula între aceşti doi poli, cu centrarea progresivă pe fenomenalitatea trăirilor situaţionale actuale şi a identităţii biografice. (A se vedea Chenar 12)

Chenar 12



Problematica dublei personalităţi se desfăşoară în instanţa sinelui persoanei, ce se articulează cu cel al identităţii biografice. Vom face referinţă la o schemă ce se va detalia pe parcurs.

5. Psihopatologia centrată pe corporalitate, care e comentată în DSM-IV-TR ca „tulburări somatoforme" aduce în discuţie ceea ce fenomenologii au numit „corp trăit"(„Leib"în germană, „corp veçu" în franceză, „lived body" în engleză). Încă de la mijlocul secolului XX s-a făcut diferenţa între corpul obiectiv biologic şi corpul ca nivel al psihismului persoanei, distingându-se două aspecte de bază ale acestuia din urmă: corpul suport şi corpul expresiv.

O lucrare clasică în această direcţie este:

24. Zutt J. Kullenkampf (1958), Das paranoide syndrom in antropologischer Sicht, Springer, Berlin.

Pe deoparte, corpul este resimţit ca un spaţiu interior delimitat de lume, ca un loc în care sunt plasate durerile, plăcerile şi alte senzaţii corporale ca cenestopatiile, emoţiile, greaţa. În interiorul propriei corporalităţi subiectul aşează şi sediul sufletului – în piept, a minţii – în cap. Se constituie un spaţiu interior privat, pentru care limitele corpului devin limite simbolice. Şi în interiorul căruia sunt plasate amintirile şi reprezentările. Acesta se deosebeşte de spaţiul lumii înconjurătoare, unde sunt percepute obiecte şi alţi oameni. Propria gândire e plasată în interiorul capului, vorbirea altora vine din exterior, fiind elaborate de mintea lor, aflată în interioritatea capului acestora. În spaţiul corporal interior sunt plasate mare parte din tulburările somatoforme: cele de somatizare – bazate pe cenestopatii, algii psihogene, hipocondrie în care subiectul e preocupat de existenţa unei boli în interiorul propriului corp. Acest *corp suport* este resimţit greu şi apăsător în depresie. Şi uşor, *parcă ai putea zbura*, în manie.

Celălalt aspect al corporalităţii trăite, cel fisiognomonic, se bazează pe *schema corporală*, ce asigură resimţirea delimitării noastre de lumea exterioară. Şi pe *imaginea corporală*, care constă din felul în care ne reprezentăm apariţia noastră în faţa altora; peceperea expresivităţii noastre corporale se constituie în ontogeneză prin experienţe trăite şi reprezintă suportul comunicării noastre cu alţii. Aceasta se realizează atât prin comunicarea lingvistică, vorbită şi scrisă, cât şi prin cea nonverbală, bazată pe mimică, gestică, îmbrăcăminte şi podoabe. În această comunicare un rol esenţial îl are privirea şi zâmbetul. Comunicarea nonverbală este parţial spontană, situaţională; parţial ea respectă anumite coduri comunicative, fiind deliberată şi elaborată.

25. Lhermitte J. (1939), L'image de notre corps, ed.Nouvelle Revue critique

26. Cash Th., Pruzinsky Th. (Eds) (2002), Body Image, A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice, The Guilford Press, New York, London

Atractivitatea şi seducţia reprezintă un domeniu important al comunicării corporale nonverbale. Ea poate fi corelată cu moştenirea biologică a curtării partenerului sexual în perioada de rut. Direcţiile şi formele în care cultura a dezvoltat această tendinţă biologică sunt variate; dar recursul la corporalitate e constant. Pe lângă frumuseţea şi atractivitatea corporală nativă, intervine: împodobirea, jocul mimico-gestual, melodicitatea vorbirii, jocul privirii etc. Aspectul teatral al acestui comportament a sugerat corelaţia cu actorul de pe scenă, de unde trimiterea la *histrionism*. Comportamentul seductiv sexual al femeii, cu tendinţă spre atractivitate sumisivă, e tradiţional diferit de cel al bărbatului, centrat pe forţă, vigoare, dominaţie. Manifestările histerice au fost corelate în Grecia antică cu histrionismul seductiv feminin, fapt ce a trimis la invocarea uterului – hysterus. Leşinul isteric putea fi comparat, până la un punct, cu abandonul sexual pasiv. Iar unele contracţii tonico-clonice din cursul său, cu mimarea actului sexual. Deşi fenomenologia tradiţională a histeriei trimite şi la alte domenii – recte la mimarea bolii – acest aspect hiperexpresiv cu tendinţă

seductivă s-a păstrat şi în sec. XX, el ajungând să caracterizeze tulburarea de personalitate histrionică. Acesta se plasează la un pol opus faţă de comportamentul corporal lipsit de expresivitate a personalităţii obsesive, orientată spre muncă şi exigenţele performanţei.

Comportamentele care exprimă statutele şi rolurile sociale presupun şi ele expresivitate corporală. Un caz particular e statutul de bolnav. Boala e o realitate bioantropologică universal identificată şi recunscută, statutul ei presupunând ocrotire şi sprijin, susţinere pentru terapie. Omul bolnav, prin statutul său – la fel ca şi copilul neajutorat – inhibă agresivitatea celorlalţi şi stimulează grija afectuoasă a celuilalt.

Manifestările ce se înscriu în aria clasicei histerii au parţial şi această semnificaţie, de mimare a statutului de om suferind şi bolnav. S-a făcut comparaţia între leşinul isteric şi *mimarea morţii* (*Totstelreflex* în germană), situaţie în care individul se plasează într-o poziţie de neputinţă şi sumisiune totală. Manifestările de tip maladiv caracteristice histeriei tradiţionale sunt cele hiperexpresive, vizibile pentru alţii şi puternic impresionante. Mai ales tulburările neurologice îndeplinesc aceste criterii: paralizii, mişcări involuntare necoordonate, leşin (similar celui epileptic), afonie, surditate şi anestezii afirmate etc. Instalarea simptomatologiei histerice de conversie cu simptome somatice de tip neurologic, nu e însă un proces voluntar, înscenat deliberat pentru înşelarea altora. Ci un mecanism neconştient, explicat în variate feluri de psihopatologi. Posibilitatea producerii unor astfel de simptome prin sugestie hipnotică se corelează cu sumisivitatea accentuată. Mecanismul, ce derivă din biologie, a atragerii atenţiei altora prin sumisiune şi boală pentru a atrage îngrijire, sprijin afectiv, suport şi susţinere, a fost tot timpul sesizabil în cadrul patologiei histerice. Cât priveşte leşinul psihogen, mecanismele şi semnificaţiile sale pot fi multiple. Pe lângă cea de supunere şi abandonare de sine în seama altora, el poate fi interpretat în anumite contexte emotive şi ca o reacţie faţă de caracterul insuportabil a unor informaţii – e.g. cea despre moartea subită a cuiva apropiat, astfel încât se declanşează o sustragere spontană din prezenţa la realitatea copleşitoare.

Trăirile anormale, care tradiţional au fost agregate în jurul patologiei histerice, nu se încheie cu referinţele la sexualitate şi boală. E vorba de manifestările unei formule sau ale unei tipologii psihice diferite şi opuse celei orientate spre ordine, muncă şi perfecţionism, caracteristică obsesivului. Personalitatea polarizată în direcţia histrionică are capacităţi crescute în conturarea formelor şi în bogăţia imaginarului, capacităţi narative plastice şi tendinţe clare spre extroversiune în relaţionările interpersonale. Dorinţa sa de a fi mereu în centrul evenimentelor sociale, semnifică un accent psihologic specific pe relaţionarea cu alţii prin identificare, imitare şi comunicare prin expresivitatea formelor. A formei corporale în primul rând; şi a formulei identitare în general.

Capacitatea de a-şi imagina pregnant şi de a imita favorizează angrenarea personalităţilor histerice în roluri variate, în spectacole. Persoana histrionică indice deseori evenimente, în centrul cărora se plasează; ea nu suportă o viaţă monotonă şi cenuşie. Stările de transă, ca trăiri psihice particulare, sunt favorizate şi ele de această constituţie. Şi la fel, reprezentarea pregnantă a scenelor trăite şi identificarea cu alţii, fapt corelat cu tema posesiunii de spirite.

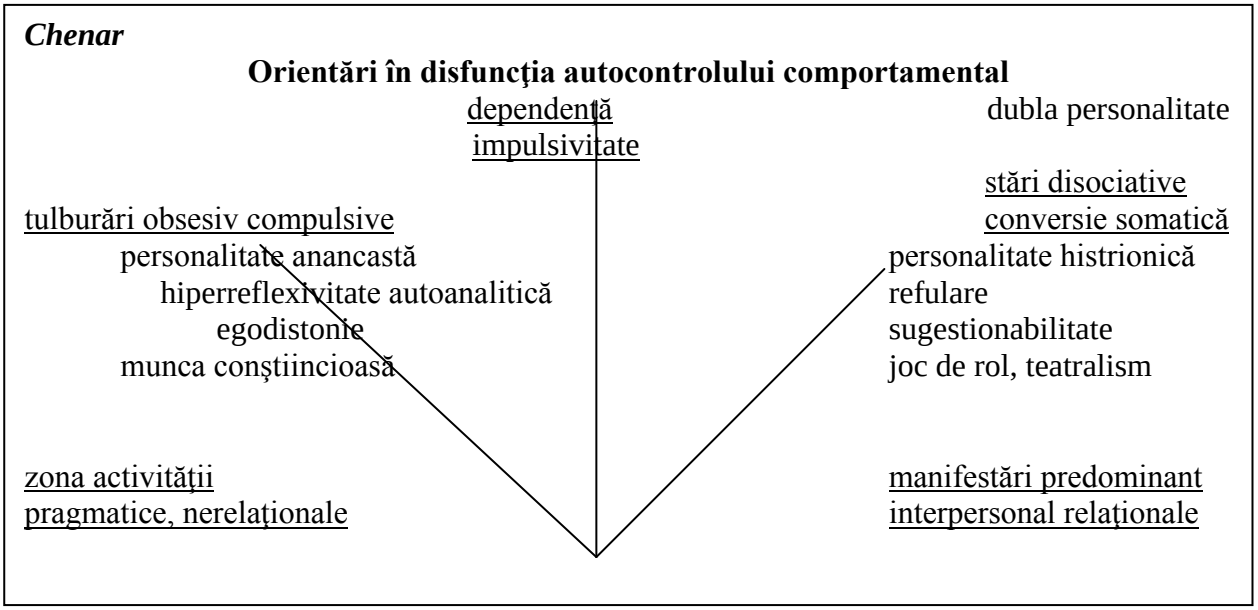
Aria histeriei a fost pusa în legătură, în tot timpul celor peste 2500 ani de când e cunoscută, cu problematica imaginarului. Scăderea in lumea contemporana a interesului pentru un imaginar care sa nu fie folosit imediat intr-o actiune pragmatica,,a facut sa se treduca si importanta clinica a isteriei.

6. Fenomenele obsesiv compulsive şi cele de conversie histerică, privite astfel, din perspectiva posesiunii demoniace, pot fi comentate până la un punct ca simetrice, prin disfuncţia autocontrolului subuectului în raport cu un altul, în principiu străin :

obsesie	conversie
autocontrol hiperreflexiv cu luptă	sumisiune dependentă faţă de influenţa
egodistonă împotriva tendinţelor	altuia cu dedublarea manifestărilor
heteroagresive care sunt doar parţial	comportamentale hiperexpresiv captative

asumate ca proprii, ambivalenţă

Privind în ansamblu însă, tulburarea obsesiv compulsivă se agregă cu majoritatea simptomatologiei sale între zona disfuncţiei autocontrolului comportamental pragmatic, nerelaţional, fapt evident şi la tulburarea de personalitate corelativă, anankastă. Pe când tulburarea de tip histeric, inclusiv personalitatea histrionică, se polarizează aproape exclusiv în aria relaţiilor interpersonale. Psihopatologia autocontrolului comportamental de tip impulsiv şi dependent se manifesta în ambele direcţii.



Disfuncţia impulsivă a autocontrolului comportmental se desfăşoară marcat la tulburarea de personalitate borderline, într-o manieră instabil agresivă, ce cuprinde şi autoagresivitatea (a se vedea Cap.VIII); dar ea se poate exprima şi comportamentul prin manifestări ca piromania, cleptomania sau jocul impulsiv de noroc. Dependenţa interpersonală este centrul semiologic al tulburării de personalitate dependente; dar ea se poate manifesta şi prin dependenţe comportamentale (de muncă, televizor, internet) şi mai ales ca addicţie de substanţe psihoactive. E de remarcat că perturbarea autocontrolului comportamental (al „voliţiei libere şi autonome") ce caracteriza omul, se exprimă în egală măsură la nivelul tulburărilor de personalitate şi a sindroamelor psihopatologice episodice.

7. Expresia de „tulburare disociativă"este utilizat în sistemul DSM-III-IV pentru a desemna acele tulburări comportamentale ce au fost descrise în patologia tradiţională a histeriei, care nu constau în stări conversive corporale ce sugerează o boală somatică, ci în deplasări şi comportamentale ce se desfăşoară cu o parţială neparticipare conştientă a subiectului, care ulterior nu-şi aminteşte clar de ele. Expresia de stare disociativă de conştiinţă derivă din concepţia lui Janet privitoare la „automatismul psihologic" din histerie.

Se încadrează în aceste categorii în primul rând deplasările şi „fugile"în cursul cărora pacientul execută comportamente destul de complexe dar relativ automat, fără o luciditate completă. Ele sunt similare cu cele ce se produceau pe vremea lui Charcot prin hipnoză care comanda un anumit tip de comportament ulterior. Pornind de la aceste „stări disociative de conştiinţă, expresia a fost lărgită în ediţia DSM-IV şi la perioadele de dedublare a personalităţii.

Deşi fenomenul dublei personalităţi a devenit rar în sec. XX, chiar după temporara sa recrudescenţă în SUA, tema continuă să fie luată în considerare de teoreticienii sinelui, datorită problematicii etico-juridice şi filozofice pe care o ridică. Chiar în cele mai recente tratate, interesul pentru problemă rămâne viu (a se vedea 27).

27. Raden J, Multiple Selvs, in Shaun Gallanger (Ed) The Oxford Handbook of The Self, 2011, Oxford University Press.

8. Conceptul de psihologie a persoanei, deşi a funcţionat şi funcţionează, nu a avut o arie bine circumscrisă. Persoana a fost iniţial un concept juridic; apoi el a jucat un rol important în dogmatica creştină, continuând să fie invocat în problematica etică şi în cea civică, politică. Corelaţia cu tradiţia caracteriologiei, intervenţia orientării psihanalitice şi nevoia de a studia psihologia dincolo de atomismul funcţiilor, a făcut să persiste această noţiune umbrelă.

Noţiunea de psihologie a persoanei a fost însă dificil de integrat de către ştiinţă psihologiei, care s-a format tradiţional ca o disciplină experimentală de laborator. O lucrare americană din 1985 (Feist) analizând opera principalilor mari autori în domeniu (Freud, Adler, Jung, Sullivan, Dollard and Miller, Skinner, Rotter, Bandura, Guilford – şi Cattel, Eysenck, Alport, Maslow şi Rogers) – inventariază la fiecare: doctrina, metodologia şi datele faptice pe care aceasta se bazează, domeniile de aplicare şi dezvoltare, critica, concepţia despre om în care se integrează. Cu alte cuvinte, contează masura în care o teorie a personalităţii se bazează pe evidenţele unor cercetări concrete şi măsura în care ea poate favoriza metodologii pentru alte cercetări faptice. Acelaşi spirit riguros, de referinţă constantă la cercetări factologice, bazate pe cazuistici abordate prin metodologii verificabile, se întâlneşte şi în recentul Tratat american privitor la personalitate, aflată la a treia ediţie (John, et all). Pe lângă capitolele dedicate caracteriologiei şi motivaţiei, această ultimă ediţie acordă importanţă şi psihologiei sinelui: dar predominant în ariile de manifestare interpersonal socială a acestuia.

28. Feist J. (1985), Theorie of Personality, Holt, Rinehard and Winston, INC

29. John, O.P.,Pobins R.W.,Perv n L.A., (2008) Handbook of Personality, Theory and Research, The Guilford Press

Capitolul al III-lea

Mânie, maniaci şi manie

Alexandru, rezident în psihiatrie, lucrează şi se formează în cadrul Clinicii Universitare, care se află printre clădirile din mijlocul oraşului, lângă un cinematograf şi magazine, în apropierea celei mai mari pieţe a urbei. În apropiere se găseşte şi Centrul de Sănătate Mentală, într-o clădire în care sunt cabinete pentru diverse specialităţi.

În Clinica Psihiatrică, la serviciul de urgenţă, a primit într-o noapte o femeie ce era extrem de agitată şi sumar îmbrăcată. Vorbea fără oprire, cânta, recita fragmente de poezii, dansa, râdea, înjura, uneori chiar urla fără motiv. Au adus-o cu poliţia, deoarece umbla în mijlocul străzii desculţă şi în cămaşă de noapte, oprea şoferii spunându-le că e regina României şi făcându-le propuneri indecente. Poliţia a intervenit deoarece traficul era perturbat şi femeia în pericol de accidentare. Comportamentul neobişnuit sugera o tulburare mentală, motiv pentru care a ajuns la Secţia de Psihiatrie a Spitalului Unificat Judeţean. Alertată, a sosit şi fiica ei, care o căuta peste tot. Din relatările acesteia, de aproape două săptămâni nu mai dormea decât puţin, circula mult, aborda necunoscuţi. A cheltuit toţi banii din casă şi de pe cardul ce-l avea la dispoziţie, cumpărând tot felul de lucruri de care nu avea nevoie. Şi-a anunţat planul de a scrie o carte, pe care să o publice într-un milion de exemplare. Era ferm convinsă că va fi foarte bogată, va lua premiul Nobel şi că se trage dintr-o familie regală. Apoi a dispărut de acasă.

Pacienta M. nu recunoştea faptul că s-ar putea să aibă o tulburare psihică: *Eu sunt mai sănătoasă decât voi toţi,* spunea ea poliţiştilor şi medicilor, *voi sunteţi nebuni de legat pentru că vreţi să băgaţi la balamuc*

un geniu, de care se interesează personal chiar preşedintele SUA, Barack Obama, pe care am să-l sun imediat la telefon.

Refuzând să semneze consimţământul de internare şi tratament, a fost transportată la Spitalul de Psihiatrie din comuna J., pentru supraveghere, diagnosticare şi instituirea, în cazul în care nu se obţine consimţământul, a internării pentru tratament nevoluntar, cu anunţarea judecătoriei. Motivul ar fi fost faptul că, din cauza tulburării mentale, perturbă grav ordinea publică şi are un comportament riscant, care-i poate pune viaţa în pericol. Diagnosticul era: Episod maniacal, agitat şi delirant.

*

* *

Peste o săptămână, Alexandru împreună cu alţi colegi, au făcut o vizită la Spitalul de psihiatrie din J. Acesta funcţiona într-o fostă cazarmă de infanterie, dezafectată şi reamenajată. Directorul Spitalului, care i-a primit după raportul de gardă la o ceaşcă de cafea, a povestit grupului de tineri că cea mai mare parte a actualelor Spitale de psihiatrie din ţară s-au înfiinţat în perioada anilor 1955-1965, în spaţii din afara oraşelor, care avuseseră în prealabil altă destinaţie: cazarme militare, conace şi castele, cămine şi şcoli, mânăstiri. Practic, nu s-a construit atunci niciun spaţiu care să aibă de la început destinaţia de a fi Spital de psihiatrie. Plasarea acestor Spitale în zone rurale, în afara oraşelor, a perpetuat ideea stigmatizării celor cu tulburări psihice, care erau astfel detaşaţi, chiar fizic, de restul populaţiei, ca într-un fel de închisori. Aceasta a fost de fapt evoluţia atitudinii faţă de *nebuni* în toată Europa de după Renaştere, temă frumos documentată, expusă de un filosof francez, M. Foucault, într-o celebră carte, tradusă şi în limba română. (**1**)

Faptul că după Revoluţia Franceză bolnavii, persoanele cu tulburări mentale, au fost consideraţi cazuri medicale, iar *nebunia* a devenit o preocupare oficială a medicinii, constituind ramura psihiatrică a acesteia, nu a schimbat mult situaţia instituţională. Azilele pentru bolnavii neuropsihici s-au înfiinţat tot în afara oraşelor, uneori apropiate de cele de boli contagioase, ca şi cum oamenii s-ar putea molipsi şi de nebunie. Astfel de Azile Spital s-au construit în sec. XIX şi la începutul sec. XX şi pe teritoriul României, la Sibiu, Iaşi şi Bucureşti, toate plasate iniţial în afara oraşelor, chiar dacă în prezent, prin creşterea urbei, ele au fost încorporate. (**2**)

Atitudinea comunităţii faţă de persoanele cu tulburări psihice s-a schimbat însă după anii ‘60 ai secolului trecut. Au fost şi mişcări sociale şi ideologice, *antipsihiatrice*, care susţineau că psihiatria este un instrument de represiune a claselor dominante, care ţin în frâu, în mod mascat, pe cei nonconformişti şi protestatari. Oricum, problemei i s-a acordat atenţie administrativă, luând fiinţă secţii de psihiatrie în cadrul Spitalelor orăşeneşti unificate. Clinica din centrul universitar este o astfel de secţie ce are 100 de paturi, într-un fel similară cu secţiile de ginecologie, ortopedie, cardiologie, nefrologie. Apoi, după 1970, s-au înfiinţat Centrele de sănătate mentală. În România, ele au avut la bază un act normativ al Ministerului Sănătăţii din 1973. Şi în multe oraşe astfel de centre s-au dezvoltat, cu o bună funcţionare. În 1975, s-a înfiinţat Centrul de Sănătate Mentală din oraşul T., alăturat Clinicii de Psihiatrie, în cadrul căruia au început să prindă contur multe, variate şi interesante activităţi. (**3**)

Spitalul din J. avea o structură pavilionară, având incluse şi pavilioane de ergoterapie. În acest departament, cei internaţi pentru un timp mediu sau mai îndelungat, făceau diverse activităţi productive sau artistice.

Exista şi o sală de spectacole, una de sport şi o bogată bibliotecă. Medicii, psihologii şi întreg personalul s-au străduit ca, pe perioada şederii în spital, pacienţii să aibă timpul structurat şi interesant ocupat, să nu existe condiţii de substimulare psihosocială, care să agraveze alienarea şi disabilitarea. Aşa cum se petreceau lucrurile în vechile azile, în care ei stăteau tot timpul fără a face mai nimic, deprivaţi informativ, rupţi de relaţiile şi de preocupările ce ar fi trebuit să fie fireşti, accentuându-le astfel sentimentul de inutilitate.

Alexandru a căutat-o pe pacienta M., care acum era destul de liniştită. Accepta tratamentul cu medicamente neuroleptice din categoria Olanzapinum – administrat cu scopul de a stabiliza dispoziţia afectivă a pacientei împreună cu Valproatul de litiu.

În prima zi, când era agitată, a fost imperios necesară administrarea unui tratament injectabil cu un neuroleptic sedativ. Tratament care acum însă, dată fiind starea pacientei, nu mai era necesar. Se păstra încă tendinţa de a se mişca continuu, de a vorbi mult, dispoziţia fiind una expansivă, uneori iritabilă. În schimb, pronunţata dezinhibiţie, derularea cu viteză excesivă a proceselor psihice şi ideilor megalomane aberante nu se mai manifesta decât intermitent; iar din când în când erau criticate.

Alexandru s-a uitat, împreună cu medicul curant, în fişa de observaţie şi evoluţie a pacientei, pe care intenţiona să o urmărească în continuare. Aici erau consemnate date biografice şi familiale obţinute de la rude şi cunoştinţe. Din datele obţinute de la aceştia se putea constata faptul că Dna M., care acum avea 36 de ani, a fost dintotdeauna o fire sociabilă, expansivă, căreia i-au plăcut manifestările sociale. Povestea cu plăcere şi îndelungat cu alţii, era întreprinzătoare şi activă, cu spirit de iniţiativă şi muncitoare, cu multe cunoştinţe. La nunţi şi botezuri îi plăcea să cânte şi să danseze. Uneori lua hotărâri pripite, având de altfel o viaţă afectiv-erotică

mai zgomotoasă. La vârsta de 17 ani a fugit de acasă cu un coleg, dar s-a întors nu după mult timp. În anul doi de facultate s-a îndrăgostit puternic de un tânăr, cu doi ani mai mare ca ea, cu care s-a căsătorit fără ştirea părinţilor, având în cele din urmă împreună cu acesta o fetiţă. După o perioadă de convieţuire, au urmat însă nenumărate certuri cu soţul, chiar aventuri extraconjugale, ajungându-se în cele din urmă, inevitabil, la divorţ. A mai fost căsătorită pentru câţiva ani, a trăit o vreme în concubinaj, în prezent locuind doar cu fiica. Firea ei expansivă şi sociabilă era marcată de oscilaţii ale dispoziţiei, uneori devenind pentru săptămâni de zile iritabilă, certăreaţă şi explozivă. Avea de altfel şi perioade de săptămâni de zile în care se simţea extrem de obosită, fără chef de activitate sau distracţie, fără dorinţa de a mai povesti sau a ieşi în oraş cu prietenele, fără poftă de mâncare, perioadă în care slăbea în greutate. O mare parte din zi stătea retrasă în camera ei şi se gândea întruna la probleme şi la starea ei din acel moment. În cadrul altor episoade, cu durată de zile sau chiar săptămâni, starea dnei M. era dominată de veselie şi expansivitate nemotivată. Deoarece aceste oscilaţii periodice ale dispoziţiei au putut fi evidenţiate pe perioade de peste doi ani şi deoarece ele interferau parţial – deşi nu major – cu funcţionarea socială, s-a pus şi un diagnostic de Ciclotimie pentru perioada care a precedat episodul actual. Aceasta se pare că a survenit sau a devenit oricum evident, după ce i s-a adus la cunoştinţă faptul că are de plătit mai multe datorii. Din fişă, Alexandru a mai reţinut că mama dnei M. a fost şi ea o fire expansivă, că o soră a avut două tentative de suicid, iar tatăl a fost alcoolic.

Alexandru a hotărât să se ocupe şi în continuare de acest caz. De aceea, după ce s-a întors de la Spitalul din comuna J., a început să se informeze mai amănunţit despre tulburarea de care pacienta suferea. Ea era etichetată ca: Tulburare bipolară.

A aflat că denumirea rezultă din experienţa clinică ce a arătat că pacienţii care manifestă episoade maniacale, prezintă de-a lungul vieţii şi episoade cu fenomenologie contrară, depresivă. Depresia şi mania sunt sindroame psihopatologice care se opun ca într-o reflectare în oglindă. În depresiile tipice, se instalează o inhibiţie psihică generalizată, lentoare în derularea funcţiilor psihice şi o hipertimie negativă: subiectul e trist, fără speranţă, nu are încredere în sine, simte un *gol interior*, are sentimentul sfârşitului şi se gândeşte la sinucidere. În episodul maniacal dimpotrivă: el este dezinhibat în toate planurile, viteza derulării psihismului este crescută şi prezintă o hipertimie pozitivă, cu o încredere exagerată în sine şi în viitor, îşi face planuri multiple, se bucură şi caută hedonic plăcerea, e hipersociabil şi necontrolat. Alternarea la acelaşi subiect a acestor două stări opuse a fost cunoscută din antichitate şi comentată explicit de psihiatrii din sec. XIX. La începutul sec. XX, sistematizând bolile psihice cunoscute pe atunci, marele clinician german din München Emil Kräpelin a pus accentul pe împărţirea *psihozelor endogene* în două mari clase: Demenţa precoce, sau *grupul Schizofreniilor* (cum a denumit apoi Bleuler acest cadru nosologic) şi Tulburarea maniaco-depresivă, adică actuala Tulburare bipolară. Ulterior, după 1960, s-a demonstrat că există cazuri care de-a lungul vieţii fac numai episoade depresive, astfel încât s-a descris Tulburarea monopolară depresivă. Dacă apar până la un moment dat doar episoade maniacale, se consideră în prezent că foarte rar de-a lungul întregii vieţii nu apar şi stări depresive; motiv pentru care puţini acceptă o Tulburare monopolară maniacală. Dar între cele două variante sunt posibile diverse combinaţii, în sensul că intensitatea şi durata episoadelor depresive sau maniacale poate fi variată, uneori succedându-se rapid sau fără interval liber. Motiv pentru care s-au descris subtipuri Bipolar I, Bipolar II, Bipolar III etc. În cele din urmă

s-a ajuns la concluzia unui Spectru bipolar, în care se ţine cont şi de temperament, precum şi de tulburările dispoziţionale – temperamentul rudelor de gradul I. Ciclotimia se înscrie şi ea în acest Spectru bipolar. (**4**)

Alexandru era acum, în mare parte, edificat asupra domeniului de patologie în care era inclus şi cazul dnei M.. Dar numai parţial, deoarece dna M. avea şi idei anormale, imposibile, delirante. Ea credea, spre exemplu, că este un geniu literar, că va lua premiul Nobel, că pentru ea intervine preşedintele SUA. Era vorba, deci, de o Manie delirantă cu delir de grandoare. În cadrul unei tulburări bipolare, ideile megalomane, de grandoare, sunt obişnuite în episoadele maniacale, fără a fi de obicei atât de exagerate. Pur şi simplu, subiectul se simte foarte capabil, are mare încredere în el. Dar dacă e convins că a descoperit perpetuum mobile, că poate dirija de la distanţă toţi sateliţii de război sau că de el depinde rezolvarea crizei economice mondiale, atunci această ideaţie anormală şi imposibilă poate fi etichetată ca delirantă. Delirul megaloman, plasându-se în continuitatea ideaţiei expansive a subiectului, e considerat ca fiind *congruent.* În schimb un delir de urmărire şi persecuţie ar fi considerat *incongruent.* La fel într-un episod depresiv, convingerea subiectului că e vinovat pentru toate păcatele lumii, ar fi considerat un delir congruent, deoarece sentimentul de vinovăţie este unul normal şi obişnuit în depresie. O funcţie de persecuţie şi de urmărire, de citirea gândurilor şi de dirijare de la distanţă, ar fi şi în acest context considerate ca incongruente. Astfel, Alexandru s-a întâlnit cu o problemă mai complexă: o combinaţie între Tulburare dispoziţională – bipolară, la care, în cazul dnei M. s-a adăugat şi o patologie delirantă.

Spectrul tulburării bipolare se referă la prezenţa longitudinală la un pacient şi la membrii familiei sale a unor manifestări maniacale şi

depresive de diverse durate şi intensităţi, implicând şi temperamentul sau combinarea cu psihoza.

A lăsat însă această problemă deoparte. Şi aceasta deoarece denumirea sindromului pe care-l întâlnise îl intriga puţin. Sindrom maniacal? Ori în limbajul obişnuit, cuvântul *manie* era folosit de obicei cu alt sens. E etichetat cu această expresie cel ce are mania colecţionării timbrelor, sau cel care e un maniac sexual.

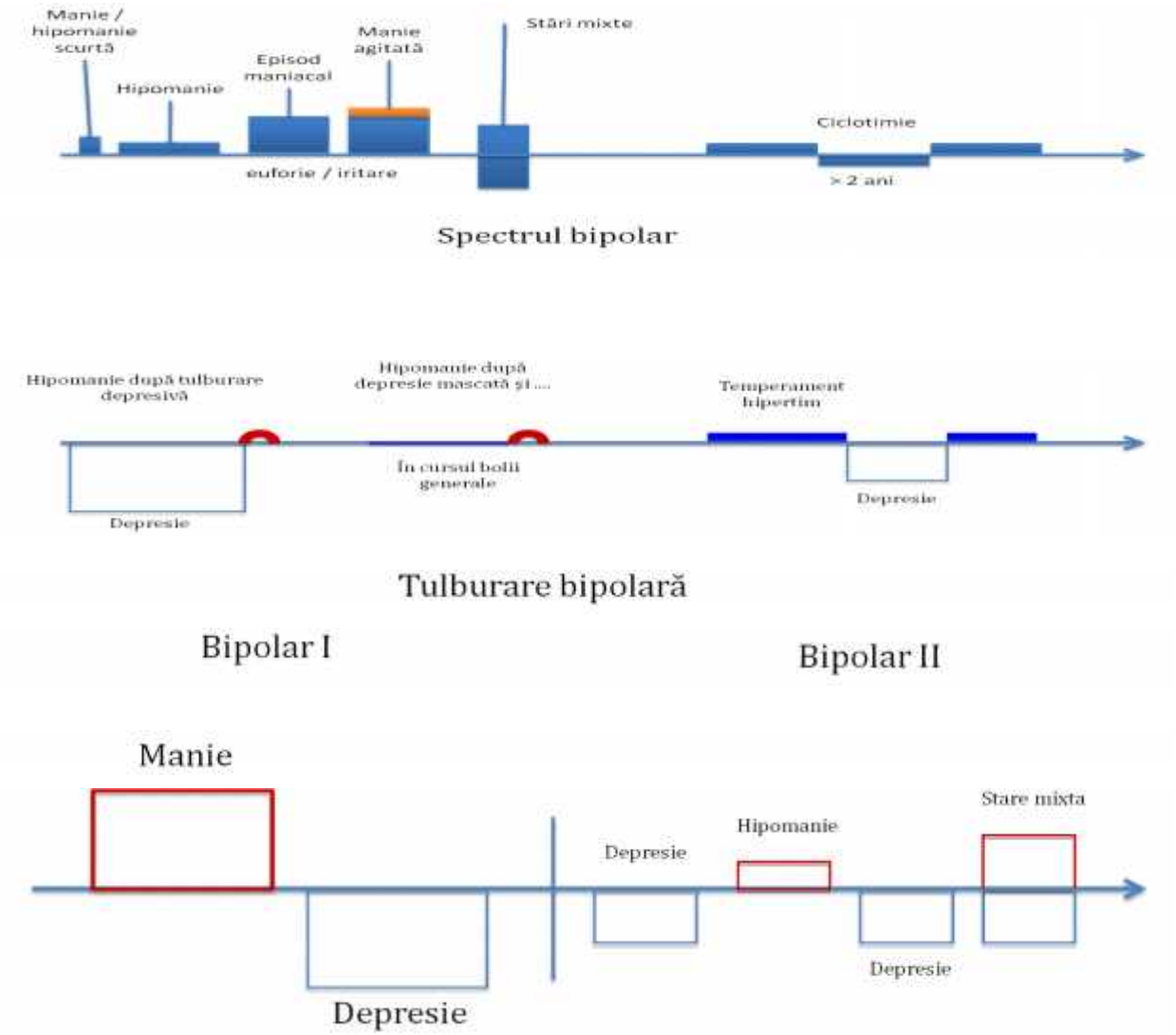
Alexandru s-a uitat în Dicţionarul limbii române contemporane la cuvintele manie şi mânie. La manie, pe lângă sindromul psihopatologic pe care acuma îl cunoştea bine, a mai întâlnit şi semnificaţia ştiută de toţi: de a se preocupa excesiv de ceva, de un lucru sau o temă mai particulară. Există astfel maniaci ai curăţeniei şi ordinii; cineva poate avea mania de a studia automobilele vechi, decapotabile, sau de a colecţiona timbre, altul are mania preciziei sau a persecuţiei. În aceste cazuri expresia de manie se utilizează similar cu o altă expresie, folosită şi ea particular, cea de obsesie. Aceste două cuvinte se folosesc şi pentru înţelesuri care se referă la stiluri de viaţă şi preocupări. Cineva poate fi obsedat de ordine şi exactitate, de colecţionarea cărţilor rare cu autograf sau de faptul că este persecutat. Mania şi obsesia, înţelese ca preocupări excesive şi particulare, se corelează parţial şi cu ceea ce se numeşte hobby, exprimând un interes aparte, de care subiectul este în mod particular sau prevalent ataşat. Expresia de *prevalenţă* e folosită mai ales pentru a desemna un comportament centrat de o idee sau temă specială. O astfel de idee poate fi gelozia, suspiciunea sau faptul de a fi bolnav, gândul că ai un corp care nu arată bine, că eşti urât ş.a.m.d.

Preocuparea prevalentă, care domină gândurile, ideaţia şi interesele, e prezentă însă la orice om pasionat sau dedicat excesiv unei activităţi, să zicem în cursul unei perioade creatoare. Altceva e cazul delirului despre care

a fost vorba mai sus, când intră în discuţie teme anormale, chiar ireale, fantastice, absurde. Trecerea poate fi însă treptată. Preocuparea pentru boală e firească la orice om, dacă există indici obiectivi sau împrejurări comprehensibile care să o susţină. Dar ea poate fi excesivă şi neargumentată, obsedantă, prevalentă, putându-se ajunge la convingerea delirantă. Cineva poate deveni un maniac al frecventării medicilor şi laboratoarelor de analize. Când e însă convins că e bolnav de SIDA şi a infectat toată Europa, ajungem la delir. La fel se poate întâmpla şi cu suspiciunea sau neîncrederea în alţii. Ea poate fi perfect justificată; sau poate fi exagerată, prevalentă. Cineva care vede peste tot doar duşmani şi comploturi, este marcat de *mania persecuţiei.*

Chenar 17

Aspecte evolutive ale tulburării bipolare



Dar, el e foarte aproape de un delir de persecuţie. Un altul poate fi convins că e persecutat de mafie şi masonerie, care şi-au reunit toate forţele împotriva sa. Se ajunge astfel la delir *paranoid*. Cel mai des, expresia de

manie se foloseşte popular făcându-se referinţă la ordine, curăţenie, exactitate. Deci în legătură cu universul obsesivului. Dar ca termen tehnic în psihopatologie, această semnificaţie nu e folosită. Expresia de manie e rezervată sindromului maniacal. La fel ca cea de *a fi obsedat de*. Termenul de obsesie e rezervat trăirilor egodistone, în care subiectul se luptă cu o idee absurdă, ce tinde să-i cuprindă conştiinţa şi de care ar vrea să scape.

Rămâne expresia de mânie. Să aibă ea vreo legătură cu Tulburarea maniacală? Aceasta este descrisă, de obicei, ca o stare euforică, de bună dispoziţie, opusă tristeţii, melancoliei din depresie. Totuşi, atât mania, cât şi depresia pot fi marcate de iritabilitate, pot fi *disforice*. În dicţionare şi cărţile de istorie a psihiatriei, Alexandru a găsit că, la vechii greci, expresia de manie se referea în primul rând la o nebunie furioasă. Se descrie cazul lui Ajax, celebrul războinic de la Troia care, simţindu-se neîndreptăţit de atribuirea armelor lui Achile lui Odiseu, dezvoltă o stare de manie, omorând o turmă de oi, pe care o confundă cu oamenii din jur. În acest episod, prezentat în piesa lui Sofocle, apar mai multe aspecte: - declanşarea reactivă a nebuniei furioase, prin frustrarea creată de o nedreptate; - starea de agitaţie expansivă, distructivă, necontrolată; - confuzia perceptivă şi ideativă (delirantă) prin falsa identificare a oamenilor cu animalele. În plus ar fi de reţinut contextul furiei agresive, nestăpânite. Ajax era un luptător de seamă, de groaza căruia tremurau troienii; iar manifestarea sa maniacală seamănă cu acţiunile sale de pe câmpul de luptă, când se lansa dezlănţuit printre duşmani. Dacă aşa era mania lui Ajax, nu e de mirare că expresia de mânie s-a păstrat în limba noastră. Mânie care poate duce la o dezlănţuire comportamentală beligerantă, care nu mai ţine seama de nimic. Claritatea şi obiectivitatea situaţională dispar, exact ca în expresia *orbit de mânie*.

Pentru a se documenta în continuare, Alexandru a urmărit apoi un manual de Psihopatologie descriptivă. În acesta a găsit un tabel cu sistematizarea simptomelor din manie şi depresie, însoţit de un scurt comentariu. (**5**)

Chenar 18

Comparaţie între simptomatologia episoadelor maniacal şi depresiv

Nivele si comportamente ale sindroamelor dispoziţionale

Funcţionare bio-psihologică

Manie	**Depresie**
dezinhibiţie exproversă şi tahipsihie globala instinctivă, decizională, comportamentală, ideativă, verbală, relaţională; - insomnie fără oboseală; - energie crescută; - decizie şi motricitate crescute; - hiperactivitate, acţiuni hazardate; - libidou crescut, dezinhibiţie sexuală; - hipersociabilitate gregară; - logoree, lipsa de reticenţe; - fugă de idei, asociaţii superficiale; - atenţie mobilă, percepţie crescută; - hipermnezie nefuncţională	inhibiţie introversă şi bradipsihie globală - insomnie de trezire; - rău matinal; - oboseală, anergie; - inapetenţă, scădere în greutate; - reducerea libidoului; - indecizie, lentoare motorie; - inactivitate, stupor; - izolare socială; - reducerea vorbirii, mutism; - ideaţie lentă, stereotipă; - atenţie, percepţie şi memorie scăzute.

Sentimente subiective corelate prezenţei şi afirmării de sine

Manie	**Depresie**

- stimă de sine crescută; - sentiment de capacităţi crescute (poate rezolva orice); - încredere în sine: planuri optimiste; - viitorul e deschis (totul se va rezolva bine); - participare hedonică la prezent: plăcere, bucurie, entuziasm, euforie, bună dispoziţie, ce se transmite şi celorlalţi.	stimă de sine scăzută; - sentiment de capacităţi reduse (nu poate rezolva nimic, totul e problematic); - neîncredere în sine, autodepreciere; - vinovăţie generală; viitorul e închis, lipsit de speranţă; - nu poate adera la prezent (nimic nu îl atrage); - anhedonie; - cenestopatii, algii, hipocondrie; - tristeţe, disperare; - repliere pe sine; - idei de moarte, de sinucidere.
Tematizarea ideilor şi preocupărilor - convingere, temere, verbalizare, imaginare (logos)	
Manie	**Depresie**
- se consideră o persoană de excepţie; - resimte o identitate deosebită (se identifică cu personaje sau roluri deosebite); - poate rezolva problemele umanităţii; - consideră că are calităţi deosebite (frumuseţe, talente, bogăţie, proprietăţi); grandiozitate megalomană; - invidia celorlalţi.	- se consideră un om de nimic care nu merită să trăiască; - se simte vinovat de suferinţele altora; ale umanităţii (alţii se chinuie din cauza mea); - totul va fi o ruină, o catastrofă generală; - e bolnav de boli excepţionale; - organele nu mai funcţionează, e mort; - e condamnat la suferinţă eternă; - ideaţie micromană; - alţii îl condamnă justificat.

Comentariul se referea la întrepătrunderea dintre simptomatologia psihobiologică şi psihoantropologică. Ar ţine mai mult de prima modificările de ritm şi inhibiţie, care afectează funcţiile instinctiv corporale, afective, comportamentul şi sociabilitatea. Psihismul specific antropologic apare ca afectat prin: - perturbarea trăirii conştiente a temporalităţii, cu insuficienţa structurării unui prezent echilibrat care să se impună între trecut şi viitor; - modificările subiectiv reflexive ale afectivităţii, ale conştiinţei, stimei şi afirmării de sine; - manifestarea culpabilităţii şi perturbarea discernământului relaţional. Simptomele din această arie nu pot fi reproduse pe modele animale.

Acest comentariu pleacă de la premiza că psihismul persoanei umane se edifică pe fundalul moştenirii psihismului animal, reorganizat în

perspectiva specificităţii culturale a existenţei umane. Adică: - a limbajului asertiv, narativ şi critic; - a instanţei practico-teoretice instituţionalizate, ce structurează şi roluri sociale, fiind ghidată de normativitate şi valori; - a intersubiectivităţii conştiente şi a capacităţii de autocontrol decizional. Acest punct de vedere se ataşează doctrinei evoluţioniste şi cultural istorice.

Alexandru s-a gândit să se mai informeze asupra evoluţionismului psihologic actual. Şi-a dat seama că, fiind un domeniu nou şi greu de argumentat, e vorba mai mult de ipoteze. S-a documentat, sintetizându-şi informaţia în câteva scurte note.

Note privitoare la psihologie şi psihopatologie în perspectivă evoluţionistă (6)

Doctrina evoluţionistă urmează principiul darwinian al selecţiei naturale şi sexuale pe care-l aplică omului. Ea are în vedere procesul de antropogeneză ce s-a desfăşurat în aproximativ două milioane ani. În cursul acestuia s-a câştigat mersul biped şi s-a dezvoltat enorm creierul, mai ales neocortexul, lobii frontal şi temporal. Creierul şi capul de mari dimensiuni nu au mai permis o naştere la data maturării, astfel încât copilul uman se naşte prematur, cu mult înainte de termenul firesc, continuându-şi maturarea creierului în condiţiile maternajului şi influenţelor ambientale mediate de familie. Se consideră că mare parte din antropogeneză s-a petrecut în savana africană, într-un mediu cu puţine zone de refugiu. Pentru omul în devenire, cooperarea în grup a devenit mai adaptativă decât dezvoltarea mijloacelor individuale de apărare şi atac. Faptul a condus la o intensă dezvoltare a creierului social, a capacităţii de comunicare şi reprezentare a relaţiilor interumane. Detectarea intenţiilor celuilalt şi reprezentarea strategiilor sale de acţiune au intrat în prim planul selecţiei evolutive.

Se apreciază că limbajul articulat s-a dezvoltat predominant în ultimii 150.000 ani. Se pare că, capacitatea de reprezentare simbolică a mai suferit un salt cu 35.000 ani în urmă, de când datează desenele din peşterile preistorice. Deosebit de importantă este perioada ultimilor 10.000 ani, de când omul a devenit sedentar, cultivând pământul, aşezându-se în localităţi şi organizându-se ierarhic. A apărut scrisul şi apoi o întreagă tehnologie evolutivă în aria logosului. Omul istoric se raportează, prin mituri şi rituri, la fiinţe transcendente. Se dezvoltă ştiinţa şi cultura.

În această ultimă perioadă cel puţin, autoreproducerea umană se bazează doar parţial pe gene, ca în biologie. Intervin şi *méme*-le, unităţi culturale de autoreproducere. Persoana umană e marcată în ontogeneza sa atât de meme cât şi de gene. Evoluţia istorică se bazează tot mai mult pe tehnologie şi meme.

Revenind la psihologia evoluţionistă, ea a fost iniţial comentată în perspectiva modúlilor psihologici adaptativi.

Doctrina evoluţionistă în psihologie susţine că acele comportamente care sunt adaptative, utile şi creative – pentru individ şi specie – se selectează şi se transmit genetic. De exemplu anumite frici, conduite de evitare şi retragere, de investigare şi combative. Pentru a aborda evoluţia din această perspectivă, se cere să se prezume unităţi comportamentale relativ bine delimitate, *încapsulate*, care au drept caracteristică faptul că se declanşează la anumiţi stimuli. Astfel de unităţi au fost numite *modúli psihici adaptativi*. Iar pentru verterbratele evoluate, unităţile modulare transmise genetic urmează să se afirme fenotipic în structuri funcţionale cerebrale. Încă la mijlocul sec. XX, studiile de psihologie animală ale unor etologi precum Lorenz au arătat existenţa unor astfel de predispoziţii comportamentale înnăscute, care îşi conturează de obicei profilul la scurt timp după naştere; sau se evidenţiază în perioade particulare ale ciclurilor vieţii. În cazul în care animalul de curând născut sau aflat într-o perioadă specială de viaţă întâlneşte anumiţi stimuli care, în principiu, adică statistic vorbind, sunt de obicei prezenţi, se instituie si se fixează un model comportamental adaptativ. Iar în restul vieţii, prezenţa acestui stimul declanşator condiţionează manifestarea respectivului modúl comportamental.

Omul se naşte şi el cu modele specifice de reacţie la stimuli, aşa cum ar fi reacţia la forma capului uman sau la zâmbete. Contactul vizual cu mama, privirea împărtăşită şi alte aspecte ale cogniţiei sociale, până la recunoaşterea în oglindă şi intuirea intenţiei celorlalţi, au de asemenea o importantă bază genetică. Dar pentru om, ce se naşte într-o pronunţată imaturitate, continuându-şi dezvoltarea encefalică mult timp după naştere, experienţele trăite în primele luni şi în primii ani joacă un rol deosebit în conturarea modúlilor psihici adaptativi, specific antropologic.

Sugestiile psihologiei evoluţioniste sunt importante pentru psihologia umană. Ele se cer înţelese, într-un sens larg, în care aspectul developmental, dezvoltarea ontogenetică în mediul specific uman, joacă un rol deosebit. Pe această cale se dezvoltă cogniţia şi comunicarea specific umană, recunoaşterea emoţiilor şi intereselor celuilalt, limbajul articulat, capacitatea de dialog, capacitatea de ataşament, de reprezentare şi resimţire a celuilalt în interiorul propriului psihism. Şi la fel, capacitatea de a testa disponibilitatea pentru colaborare a altuia, suspiciozitatea legitimă. Şi nu în ultimul rând capacitatea de a înşela pe altul. Şi cea de a detecta intenţia altora de a înşela şi chiar de a se autoînşela.

Cu toată această complexitate, unele aspecte sau *modúli psihici adaptativi* prezente în biologie, sunt uşor de recunoscut şi la om. Astfel este investigarea ambianţei fizice. Pentru o astfel de investigare e necesar pentru copil să stăpânească bine mersul şi psihomotricitatea în general. Şi apoi să aibă o capacitate de proiectare a acţiunilor, urmărind atingerea scopurilor. Adică să-şi dezvolte funcţiile executive. E util, de asemenea, un ataşament sigur faţă de mamă, ataşament care-i dă siguranţă în explorarea ambianţei.

Investigarea se face în primă instanţă prin deplasare, prin atingere, prin manipulare. La copil acest proces de investigare se poate dezvolta anormal şi necontrolabil. Unii copii ajung să se mişte continuu, au tendinţa de a atinge, apuca şi manipula cât mai multe obiecte, reacţionează rapid şi uneori violent la intervenţiile altora, nu pot planifica bine acţiunile şi nu pot realiza un autocontrol motor corporal. Se configurează astfel un sindrom psihopatologic ce a fost numit ADHD.

Investigarea ambianţei de către un animal se poate face într-un teritoriu necunoscut, posibil periculos. În acest caz se intră într-o stare de alertă hipervigilă: toate funcţiile senzoriale şi motorii intră în tensiune; cele endocrine şi neurovegetative sunt şi ele activate, pentru ca, în cazul în care apare un pericol determinat, reacţia să fie promptă. Disfuncţia acestui model biopsihologic adaptativ poate conduce la starea psihopatologică umană a *anxietăţii generalizate*.

Poate fi comportamentul de tip depresiv considerat şi el un mecanism adaptativ? Trăirea şi comportamentul depresiv al omului e extrem de complex şi probabil cumulează într-o matcă comună variate modele comportamentale animale şi specifice omului; la fel comportamentul maniacal. Câteva aspecte pot fi urmărite destul de comprehensiv.

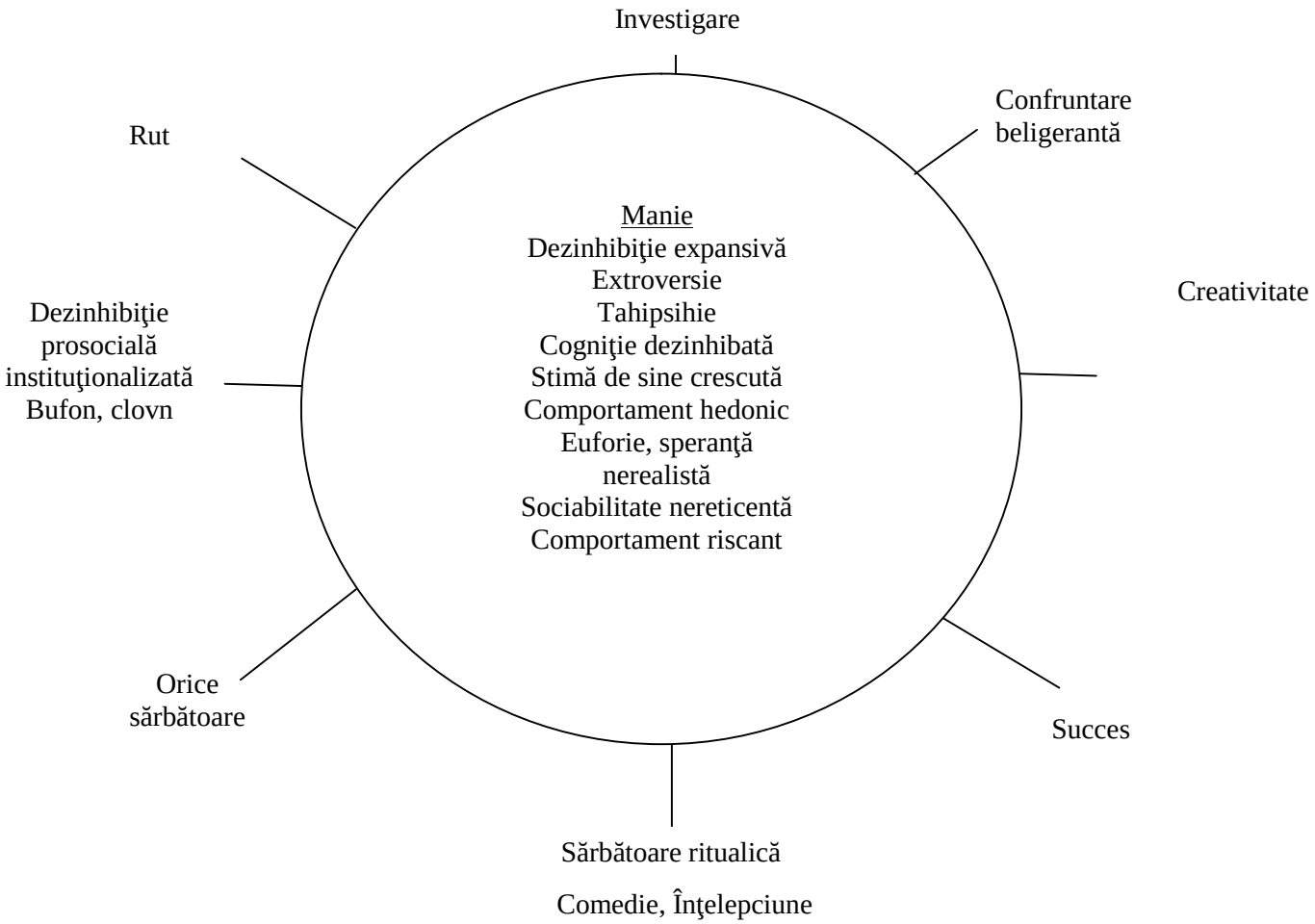
*

* *

Alexandru a aflat că profesorul lor prezintă o expunere privitoare la manie şi depresie, în perspectiva evoluţionistă şi culturală. Nu a putut participa, dar a găsit pe internet, pe site-ul Catedrei, un rezumat. Expunerea făcea trimitere şi la două modele sintetizate în câteva circumplexe.

Rezumatul expunerii privitorare la: Tulburarea maniacală şi depresivă în perspectiva unor funcţii adaptative evoluţioniste şi a universului cultural

A. Circumplex al modalităţilor adaptative psiho-biologice şi antropologico-spirituale care se agregă în jurul modulului maniacal



Sfera trăirilor şi comportamentelor din sd. maniacal derivă din multiple stări adaptative normale. Acestea concură la o disponibilizare şi montare a subiectului în direcţia unor manifestări expansive, energice, performante, de apropiere socială, de afirmare şi deseori de integrare socială. În psihopatologie se ajunge la un numitor comun formal, la un *modúlul psihopatologic maniacal*, care, simplifică viaţa psihică, e rigid,

decontexualizat, dezadaptativ. Acesta se actualizează uneori insuficient condiţionat şi deci necomprehensiv, la fel ca utilizarea în gol a unui instrment ce nu-şi mai dovedeşte utilitatea.

Situaţii biologice şi antropologice ce concură la constituirea unui modul al expansivităţii prosociale performante (şi euforice) ar fi:

- Perioada de rut din biologie. Se caracterizează printr-o dezinhibiţie sexuală, cu creşterea comportamentului prosocial intraspecific, a manifestărilor de atractivitate şi acuplare sexuală şi a combativităţii (masculilor) pentru obţinerea unui rang superior în raportarea la femele. Comportamentul este adaptativ în biologie, plasat simetric cu perioadele de hibernare.

În sd. maniacal se constată un comportament dezinhibat sexual, cu creşterea libidoului şi activităţii sexuale, de curtare şi de relaţie; de asemenea, sunt prezente manifestări expresive stridente, prin îmbrăcăminte de exemplu. În acelaşi sens acţionează logoreea şi cheltuielile excesive, cu reducerea reticenţei sexuale; limbajul licenţios şi coprolalic se înscrie în acelaşi grupaj comportamental.

- Investigarea teritoriului. Este un comportament bazal, adaptativ în biologie, atât pentru obţinerea hranei, cât şi pentru testarea pericolelor şi delimitarea propriului teritoriu. Investigarea se realizează în condiţii de vigilenţă crescută, cu o bună performanţă a funcţionării atenţiei (mobile) şi cu o sensibilitate perceptivă amplificată; există şi o acordare a musculaturii de relaţie, pentru eventualele reacţii imediate. În psihopatologie, variante anormale sunt constituite de sindromul ADHD, comportamentele şi trăirile anxioase, anxietatea generalizată.

În sd. maniacal se întâlneşte o vigilenţă crescută, cu insomnie neurmată de oboseală; cu mobilitate permanentă comportamentală şi atenţie distributivă, precum şi percepţie amplificată.

- Confruntarea beligerantă face parte în biologie din comportamentele dezinhibate extroverse, alături de investigare şi de corelatul acesteia, tensiunea anxioasă. Spre deosebire de acestea, acum intră în joc agresivitatea sub forma luptei cu altul, a cărei miză poate fi înfrângerea, cu toate pierderile consecutive. inclusiv moartea. Mobilizarea biopsihologică e de aceea extremă, de la funcţiile cognitive şi comportamentale la angajarea resurselor energetice, a sistemului endocrin şi neurovegetativ. Consecinţa poate fi o victorie, marcată de o serie de parametric de trăiri pozitive.

La om, confruntarea beligerantă totală are un statut special, datorită omorului intraspecific, ce nu se întâlneşte în biologie. Faptul e instituţionalizat prin război. Dar confruntarea beligerantă fizică şi atitudinal verbală are loc frecvent şi între persoane individuale, cu diverse motivaţii şi finaluri. Tensiunea agresivă întreţine o iritabilitate de fond ce poate favoriza reacţiile explozive.

Starea maniacală ce se manifestă ca dezinhibiţie extroversă, prosocială, însoţită de tahipsihie, poate să se exprime atât în varianta euforică (a veseliei şi umorului), cât şi în varianta disforică, agitată, de furie (e.g. cazul Ajax din piesa lui Sofocle).

- Creativitatea. În fazele sale active de vârf, de inspiraţie şi finalizare, se însoţeşte de o tensiune psihologică crescută, mobilizarea energiei biopsihice, lipsa oboselii în absenţa somnului, funcţionalitate cognitivă crescută (asociativă, mnestică, de rezolvare a problemelor, de

sinteză ideatică, de imaginare bogată, etc). De obicei tahipsihia se manifestă doar în plan intelectiv, fără dezinhibiţie psihomotorie şi iniţiativă prosocială.

Studiile asupra relaţiei între bipolaritate (maniacală) şi creativitate (Andreasen,Jaminson) au indicat o corelaţie crescută, fapt firesc prin dezinhibiţia cognitivă tahipsihică. Spre deosebire de starea maniacală, în creativitate se realizează o sinteză şi nu o dezorganizarea, dispersivă şi aleatorie a ideaţiei. Principala diferenţă se află, poate, în procesul atenţiei, ce rămâne concentrată şi sintetică în creativitate. Creativitatea conduce la o operă a cărei recunoaştere induce satisfacţie euforică.

- Succesul este urmat de obicei de o stare afectivă pozitivă, de mulţumire de sine şi bună dispoziţie, care uneori este euforică şi prosocială. Aceasta se manifestă mai ales dacă succesul este sărbătorit public; caz în care se exprimă în parametrii cvasimaniacali generali ai sărbătorii. Succesul, împlinirea, creaţia dusă la capăt, duc la o stimă de sine crescută, factor ce susţine cercul trăirilor din sfera maniacală.

Stima de sine crescută e o caracteristică definitorie, în plan individual, a cercului trăirilor cvasimaniacale, care dublează caracteristica orientării prosociale; care e şi ea dezinhibată.

- Sărbătoarea ritualică, corelată invocării sacralităţii, în faza ei finală a petrecerii colective, întreţine şi cultivă în mod evident comportamentul cvasimaniacal. Prototipul poate fi considerat (după Eliade) sărbătoarea reactualizării originilor fundamentale, prin recrearea timpului original, cu ocazia anului nou; împrejurare în care are loc o serbare de tip carnavalesc, ce simulează haosul primordial.

Structura oricărei sărbători, al cărei prototip e actualizarea teofaniei pentru susţinerea existenţei şi practicilor umane utilitare, se desfăşoară, după Eliade, în două etape: prima este marcată de sobrietate,

inhibiţie socială, invocări (rugăciuni), procesiuni. Iar apoi, după ce, la momentul şi în locul cuvenit se produce teofania – în urma ritualurilor care actualizează povestea mitică a zeului – urmează faza dezinhibată a sărbătorii, care întăreşte comuniunea comunitară.

Faza dezinhibată a sărbătorii ritualice se caracterizează prin: comportament prosocial gregar, dezinhibiţie psihocorporală generală, axată în primul rând pe alimentaţie şi substanţe ce potenţează sociabilitatea (alcool); euforie hedonică, bucurie ce valorizează prezentul ca bază pentru un bun viitor, logoree, cântec, dans, manifestări sărbătoreşti la care participă comunitatea, reducerea reticenţei sociale; în sărbătoarea de tip carnavalesc se anihilează sau se inversează temporar ierarhiile sociale, fapt ce semnifică, alături de alte permisivităţi temporare, evocarea haosului primordial.

După consumarea petrecerii/sărbătorii, structura socială se reface în forma sa obişnuită. Adică organizată după parametrii practicilor instituţionale şi a ierarhiei statutelor şi rolurilor sociale.

Dacă sărbătoarea ritualică este prototipul oricărei sărbători, fiecare sărbătoare publică cultivă comportamente cvasimaniacale. Acestea sunt:

- Sociabilitate crescută, cu reducerea reticenţei (alcoolul favorizează acest comportament, mai ales dacă e servit la început, înainte de alimentare);

- Bună dispoziţie, euforie contaminantă, care reuneşte grupul; dezinhibiţie hedonică, cu concentrare pe prezent; dezinhibiţie psihomotorie, cântec, dans; acceptarea unor comportamente dezinhibate psihomotor şi instinctiv, care nu se înscriu în stilul obişnuit de viaţă;

- Potenţarea trăirii prezentului, pe care o cultivă sărbătoarea, se articulează cu o structură complexă a temporalităţii. În multe cazuri, e evocat un eveniment istoric sau personal semnificativ (ziua naţională, ziua de naştere). Sau, sărbătoarea exprimă rezultatul unui efort persistent (finalizarea

individuală sau colectivă a unui lucru important, cu expectanţa dăinuirii sale în viitor), rezultatul pozitiv al unei confruntări, al unui război; sau, ea marchează un început, cu speranţa unui viitor bun (căsătorie, botez).

Semnificaţia temporală, cea a valorizării hedonic colective a prezentului, pentru întărirea unui ciclu temporar şi pentru întemeierea pozitivă a unei experienţe viitoare, se reflectă în fenomenologia psihologică a maniacalului, care trăieşte euforic speranţe, cu încredere totală în viitor.

- Sărbătoarea publică dezinhibată se însoţeşte de fast artistic şi spectacole ce destind şi fascinează. Diverse spectacole de tip circ, farsă şi comedie, se înscriu în acest gen.

Instituţia teatrală a comediei a apărut, istoriceşte, secundar în raport cu tragedia. Masca tragică şi cea comică se corelează însă. La fel cum se corelează prima parte sobră a sărbătorii cu cea de-a doua, a petrecerii dezinhibate. Există şi un aspect particular ce implică varianta agresivă a maniei. Tragedia greacă derivă din serbarea Marilor Dyonisiace de la Athena. Dar cortegiul lui Dyionisos, cu satyri, bacante şi orgie alcoolică, era marcat şi de cruzime. Satira romană combină şi ea râsul cu agresivitatea ridiculizării. Râsul, care e o manifestare specific corelată cu comedia, este încărcat şi de agresivitatea atacului la stima de sine (=batjocură, *a face de râs*). La fel consumul de alcool, specific lui Dyonisos/Bachus, dezinhibă în acelaşi timp sociabilitatea, instinctivitatea erotică şi pe cea agresivă. Orgiile se pot termina cu scandal şi agresivitate.

- Bufonul, asimilat cu *nebunul* regelui, exercită o funcţie de tip hipomaniacal, oficială şi specială, în intimitatea executării puterii, participând şi la întreţinerea spiritului ludic al sărbătorilor publice. Acest rol social este atestat în majoritatea structurilor sociale organizate de-a lungul timpurilor. În Orient el a stat la baza introducerii acestui personaj în jocul de

şah. În Europa a fost cultivat mai ales la sfârşitul Evului Mediu şi în Renaştere. Documentaţia istorică atestă existenţa acestei funcţii şi meserii retribuite şi la nivelul burgurilor şi breslelor, unde nebunul era angajat pentru a întreţine buna dispoziţie la sărbători.

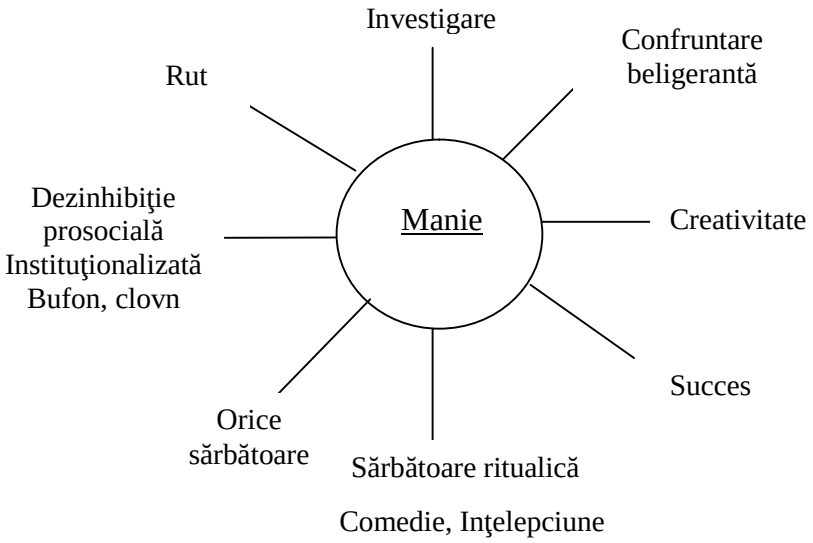
Funcţia bufonului regelui a fost deosebit de complexă. În principiu, el trebuia să aibă abilităţi hipomaniacale pentru a întreţine o atmosferă destinsă, de glumă şi bună dispoziţie în intimitatea regelui, care deţinea puterea de decizie. Iar în acest context, el urma să spună fără reticenţă adevăruri pe care cei subordonaţi ierarhic se reţineau sau se temeau să le spună.

Pentru aceasta era nevoie, pe lângă sintonie afectivă prosocială, ca personajul nebunului să se manifeste prin abilităţi psihomotorii (e.g. tumbe, acrobaţii, mimă). Dar şi să se bazeze pe o vastă cultură şi informaţie, pe capacităţi retorice şi lingvistice deosebite, pentru a improviza jocuri de cuvinte creative, cu valenţe de glumă, calambur, poezie. Nebunul trebuia deci să fie deosebit de inteligent, să aibă un foarte bun echilibru psihologic, un excelent autocontrol, o mare prezenţă de spirit şi creativitate lingvistică în aria *jocurilor de cuvinte*. Desigur, capacitatea de a avea umor era o trăsătură absolute necesară acestui personaj.

- Caracteristicile nebunului hipomaniacal, aşa cum ni le-a prezentat operele lui Erasmus şi Shakespeare, sunt cele ale unei înţelepciuni sociale, care joacă într-o zonă de risc. Această legătură cu jocul s-a impus prin prezenţa sa nu doar în şah – unde stă lângă Rege şi Regină – ci şi în Tarot, unde are poziţia foarte complexă de Mat. Si în general în jocul de cărţi, unde, ca şi Jolly Joker, sfidează regulile şi ierarhiile pe care le reprezintă cuplul regal şi curtea, permiţând operaţiuni neconvenţionale însoţite de obicei de hiperperformanţe.

Zona de înţelepciune pe care o abordează nebunia modúlului maniacal, e însă diferită de cea arborată prin detaşarea melancolică a zădărniciei celor lumeşti, specifică modulului depresiv.

Calea comună formală spre sindromul maniacal



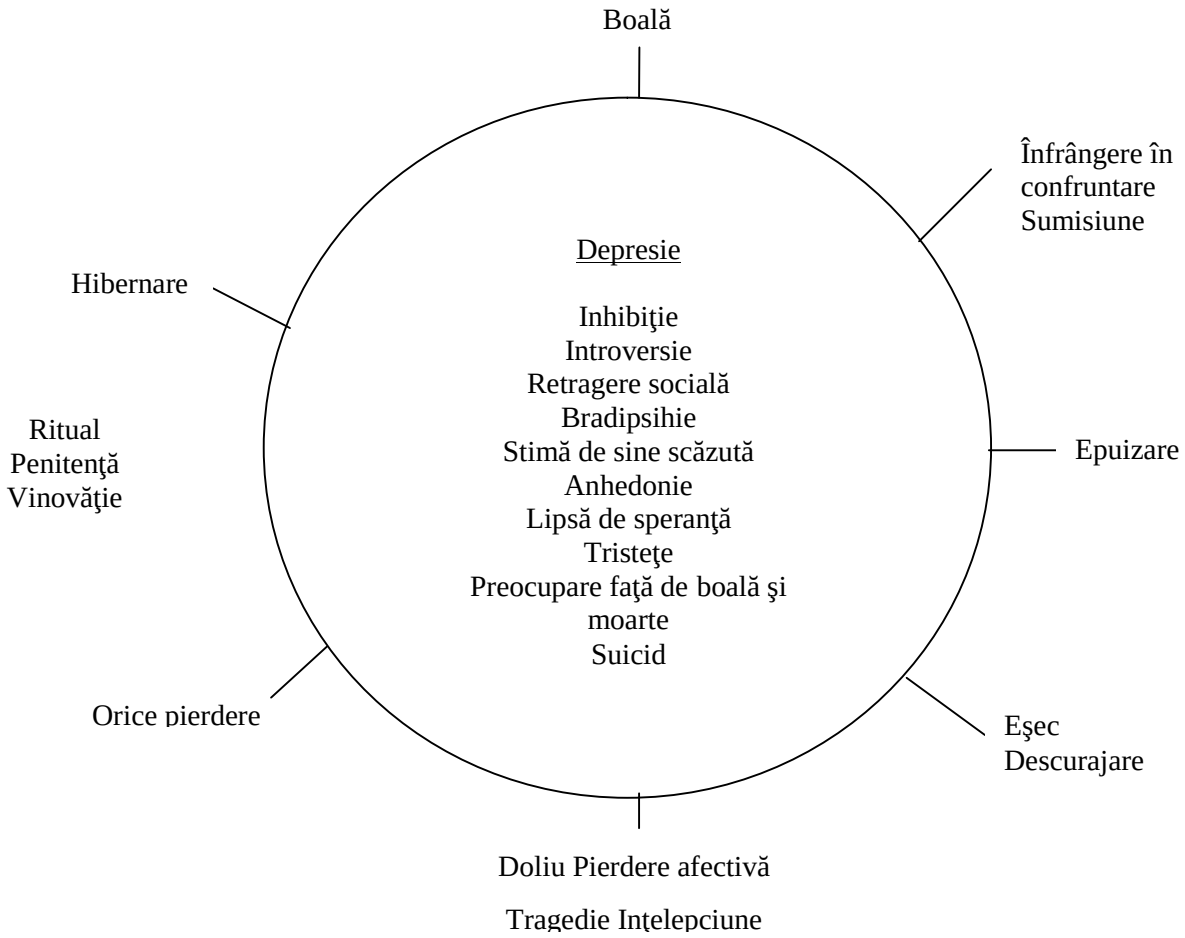
Trăirile şi comportamentele pe care le evocă modúlul maniei psihopatologice se petrec în normalitate în diverse situaţii biopsihologice şi existenţial-spirituale. Ele se montează în condiţii determinate şi au o semnificaţie adaptativă. Odată cu parcurgerea acestora, subiectul se reîntoarce spontan la relaţionarea firească cu ambianţa.

Numitorul comun al acestor stări adaptative expansiv performanţe prosociale *de tip maniacal*, poate fi considerat ca fiind *structura formală modulară psihopatologică a maniei*.

În diverse împrejurări sau cvasispontan, la unele persoane, această *structură modulară formală a maniei* se instalează pregnant şi insuficient condiţionată comprehensiv, conducând la o stare psihică anormală, rigidă şi decontextualizată. Fapt echivalent cu manifestarea unui sindrom maniacal semificativ clinic.

Varietatea originii trăirilor adaptative cvasimaniacale, ar explica şi multiplicitatea de subtipuri ale maniei.

B. Circumplex al modalităţilor adaptative biopsihologice şi antropologic – spirituale care se agregă în modúlul sindromului depresiv



Sfera trăirilor şi comportamentelor din depresie derivă din multiple stări adaptative normale care necesită retragere sau inhibiţie, pretind refacere biopsihică şi/sau reorganizări strategice psiho-spirituale.

În psihopatologie se ajunge la un numitor comun formal – modúlul depresiv. Acesta este rigid, se manifestă decontextualizat, dezadaptativ.

Modúlul sd. depresiv se actualizează în patologie fără condiţionare comprehensivă. Ca şi cum ar fi vorba de utilizarea în gol a unei unelte ce nu-şi mai manifesta astfel utilitatea.

Stări biologice şi antropologice care concură la constituirea unui modul adaptativ al retragerii inhibate, utile refacerii şi reorganizării strategice, ar fi:

- Hibernarea ce apare la unele animale în perioada reducerii resurselor. Acesta constă în: inactivitate imobilă, izolare în spaţiu protejat, inhibiţie, lentoare, somnolenţă; toate reduc consumul energetic, susţinând supravieţuirea.

La om s-a descris depresia sezonieră; iarna, când luminozitatea e scăzută, apare o stare depresiva însoţită de hipersomnie şi hiperfagie (poate cu semnificaţie de acumulare bioenergetică, de alertă).

- Boala somatică (infecţie, leziune) se însoţeşte şi la om de inhibiţie şi lentoare, cu evidentă semnificaţie protectivă pentru a susţine organismul în mobilizare biologică de refacere.

- Înfrângerea în confruntare este urmată în biologie, pe lângă varianta retragerii (fugii), de cea a sumisiunii, prin expunerea părţilor vulnerabile; la unele specii (peştele Betta Splendens), cel învins are un comportament sumisiv prelungit (de tip *sclav*; nu părăseşte locul în care e controlat de către învingător).

În acelaşi context s-a discutat modelul mimetismului şi al mimării morţii (*totstelreflex* în limba germană), care face ca agresorul să fie indiferent sau descurajat. Se manifestă prin inhibiţie generalizată. Fenomenul a fost implicat şi în interpretarea leşinului histeric.

- Depresia de epuizare. După solicitări intense şi prelungite (efort, muncă, stres, insomnie, situaţii consumptive) a fost descrisă la om (e.g. Weitbrecht) o stare depresivă clasică. Aceasta se corelează cu istoria conceptului de neurastenie.

Explicaţia e în mare măsură biopsihică: inhibiţia şi inactivitatea ce se instalează favorizează refacerea resurselor.

- Eşec, descurajare. Eşecul echivalează cu pierderea, prin neobţinere, a ceva ce doreşti şi speri să posezi. El se plasează la capătul unui proiect în care subiectul investeşte efort, dăruire. Atingerea obiectivului este desigur corelată cu evaluarea situaţiei şi cu evaluarea de sine a propriilor capacităţi şi şanse. Eşecul poate fi resimţit în activitatea profesională, dragoste, proiecte familiale, creativitate etc. În condiţiile eşecului stima de sine scade şi subiectul se retrage pentru reculegere şi pentru elaborarea unor noi strategii. Această perioadă are o evidentă coloratură depresivă. Perioada de reculegere meditativă este baza pentru corelaţiile ce s-au făcut între înţelepciune şi melancolie.

Pentru om, înfrângerea într-o confruntare îndeplineşte condiţiile eşecului. În cazul situaţiilor colective de înfrângere în război, apare un set bogat de condiţii depresogene: dominaţia străină, restricţii în desfăşurarea vieţii obişnuite, fragilizarea parametrilor culturali care dau siguranţă şi încredere etc.

Eşecul şi înfrângerea umană induc sau favorizează o situaţie psihologică ce se articulează cu cercul depresiei.

- Doliul este exemplul cel mai des utilizat pentru echivalentul normal al depresiei. El se referă la pierderea unei persoane care constituie o importantă figură de ataşament în diverse modalităţi ca : moarte, plecare, părăsire. Teoria ataşamentului a lui Bowlby clarifică faptul că persoana de

ataşament este asimilată şi internalizată (în instanţa *Internal working model*). De unde susţine, din interior, sentimentul de siguranţă şi sprijinire a subiectului. Dispariţia sa efectivă în exterior necesită o perioadă de reorganizare psihică, de redimensionare şi asigurare prin alţi parametri psihologici.

Reorganizarea ce se petrece în cursul *travaliului doliului* durează un timp, deoarece ataşamentul se realizează şi el printr-un proces modulator de durată.

Sentimentul de vinovăţie, comentat de psihanaliză ca derivând din ambivalenţa inconştientă faţă de persoana de ataşament, e o interpretare ce ar putea fi aplicată unor cazuri determinate.

- Orice pierdere poate induce un sindrom depresiv, deoarece ea determină o nevoie de refacere şi reorganizare psihică interioară.

În afară de pierderea unei persoane de ataşament, poate fi vorba de pierderea: bunurilor, avutului, poziţiei sociale, mediului ambiant cunoscut, reţelei de suport social în ansamblu (de ex. după catastrofe), a idealurilor, etc. Amploarea pierderilor poate conduce la disperare.

Pierderea afectează stima de sine, siguranţa, suportul existenţial pentru proiecţia în viitor. Ea e intim corelată cu lipsa de speranţă.

Nevoia de reorganizare interioară pe care o ocazionează pierderea se corelează cu o stare psihică de detaşare faţă de implicarea în evenimente, pentru o mai pertinentă analiză a situaţiei. Ea e însoţită de meditaţie şi reculegere. De aceea, starea depresivă a fost asociată cu melancolia, înţeleasă ca meditaţie asupra zădărniciei lumii.

- Penitenţa se însoţeşte şi ea de un comportament de model depresiv. Spre deosebire de situaţia din hibernare şi boală, acum intră în joc un mecanism psihologic specific uman. Aceasta intervine atât dacă e vorba

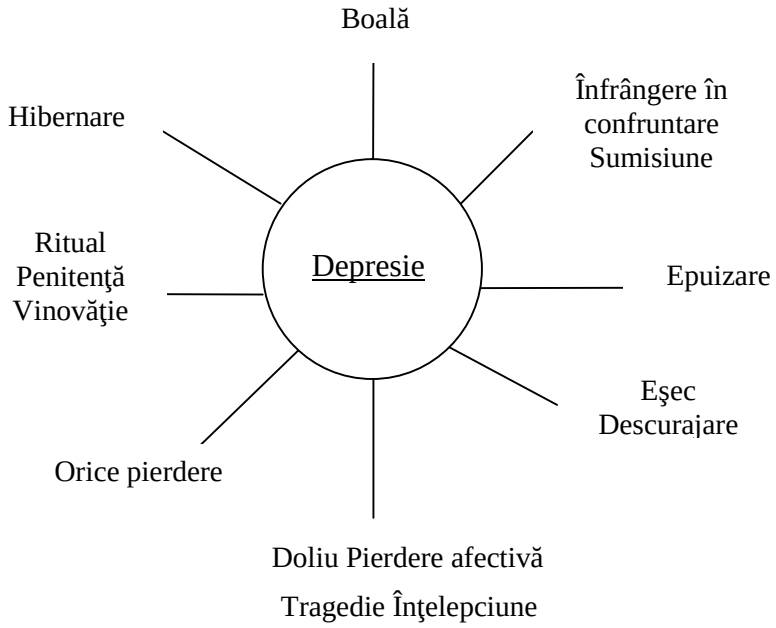
de penitenţa bazată pe o vinovăţie personală, cât şi în cazul penitenţei ritualice.

- Penitenţa vinovăţiei se petrece după ce subiectul a făcut un act reprobabil pe care moralmente îl regretă (ex. o crimă). Omorârea intraspecifică e caracteristică omului, neîntâlnindu-se la altă specie animală. Ea este instituţionalizată prin război, practică colectivă în care victoria este urmărită inclusiv prin omorârea adversarului. Crima în război nu este de obicei asumată ca vinovăţie personală. Crima şi alte comportamente dăunătoare celorlalţi oameni este însă tradiţional asumată ca responsabilitate personală vinovată; condiţie care autodetermină subiectul la penitenţă şi autopedepsire. Perioada de penitenţă se desfăşoară cu o sociabilitate restrictivă, inhibiţia hedoniei, autopedepsire fizică şi morală. Ea poate susţine sentimentul de ispăşire şi reconversiune morală.

- Penitenţa ritualică se realizează de obicei ca practică comunitară în perioada sobră a sărbătoririlor religioase, în care fiinţa sacră este invocată şi i se cere înduplecare. Se desfăşoară în sobrietate socială, însoţită de solemnitatea rugăciunii, de post şi alte abstinenţe. În faza a doua a sărbătorii se declanşează petrecerea dezinhibată de tip maniacal.

- Tragedia, ca spectacol teatral, înfăţişează o condiţie umană conflictuală şi tensionată, care de obicei se încheie prin moarte. Ea modelează în plan cultural situaţii umane variate, care se desfăşoară sub orizontul pierderii. Este vorba, evident, de registrul depresiei, aşa cum indică şi masca teatrală a tragediei, opusă celei a comediei.

Calea comună formală spre depresie



Trăiri şi comportamente de retragere inhibată cu posibilitatea refacerii şi reorganizării, care evocă *modúlul depresiei* se petrec în normalitate în diverse situaţii biopsihologice şi existenţial-spirituale. Ele se instalează în condiţii determinate şi au o semnificaţie adaptativă. Odată cu parcurgerea lor, subiectul se reîntoarce spontan la relaţionarea firească cu ambianţa.

- Numitorul comun al acestor stări adaptative *de tip depresiv* poate fi considerat o structură modulară psihopatologică, pe care în mod curent o indicăm ca *modúl* sau *sindrom depresiv*. În diverse împrejurări sau cvasispontan, la unele persoane, această structură formală modulară depresivă se instalează pregnant şi insuficient motivat, conducând la o stare psihică anormală, rigidă, decontextualizată. Adică la depresia psihopatologică.

Varietatea trăirilor adaptative cvasidepresive ar explică şi multiplele subtipuri de depresie.

Atât în cursul unui episod psihopatologic maniacal cât şi depresiv, subiectul nu se mai poate raporta adaptativ la situaţie, nu mai poate controla activ prezenţa sa în acesta, e de-situaţionalizat. În ambele se distorsionează trăirea actualităţii, reliefarea ei între trecut şi viitor. Trăire actuală ce se bazează pe angajarea activă într-o problemă ce afectează subiectul şi care e rezolvată controlat, putând fi ulterior relatată. Perturbarea sintetizării de către subiect –sine- a prezenţei active în situaţie, a organizării timpului prezent, e o marcă a alunecării spre psihopatologie pe care simţul comun al celorlalţi o sesizează prompt.**(7)**

*

* *

Alexandru şi-a propus să mediteze la temele din expunere. L-a interesat ideea că sindromul maniacal şi cel depresiv ar putea fi interpretate ca având la bază câte un *modúl psihoantropologic adaptativ*, ce se detaşează, independentizându-se şi manifestându-se aberant, decontextualizat. Adică, în normalitatea psihică a persoanei ar exista disponibilitatea unor montări, a unor dispoziţii atitudinale specifice în raport cu câte o clasă de situaţii pe care omul le întâlneşte în viaţă frecvent. Aşa ar fi poziţionarea anxioasă, depresivă, indiferentă, iritabil ostilă, expansiv prosocială. Iar aceste dispoziţii, la nevoie, se manifestă, se „modelez” făcându-l mai disponibil să se afirme adaptativ, pentru el şi pentru specia sa umană, în împrejurările respective. Atitudini care, după un prim pas, în normalitate, se diferenţiază şi se nuanţează, specificându-se în raport cu împrejurarea căreia subiectul trebuie să îi facă faţă. Deci, persoana ar ajunge să dispună prin dotarea sa

biopsihologică, prin învăţare şi prin împrejurările la care socio cultura îl expune constant, de anumite *organe funcţionale psihice*. De un fel de instrumente psihologice care se află la îndemâna sa. Şi la care face apel de câte ori e necesar şi util. Ar însemna că dispoziţia pro-socială, sărbătorească, hiperfuncţionarea din timpul creaţiei şi euforia victoriei sau a succesului, nu sunt create ad-hoc de situaţiile respective. Ci, acestea actualizează într-o anumită formă o disponibilitate formată, *ceva* ce e prezent în structura psihismului individual. De asemenea, depresia după o pierdere, un eşec, din doliu sau cea din chinurile remuşcării, se instalează şi se petrece deoarece situaţiile respective solicită şi scot la lumină un mecanism funcţional formal– un modúl psihic adaptativ – cu care omul e dotat; Şi pe care-l exersează în diverse împrejurări de-a lungul întregii vieţi.

Psihopatologia ar porni de la această normalitate a dispoziţiilor atitudinale afective, pe care, din anumite motive şi cauze, o restrânge la o variantă simplificată, încapsulată, nearticulată cu biografia şi situaţia. Şi care se desprinde din articulaţiile fireşti, se independentizează, acaparează restul trăirilor psihice şi angrenează manifestările persoanei într-o derulare decontextualizată şi dezadaptativă. (**8**)

Dar oare de ce şi cum se petrec astfel de rupturi, de căderi de pe orbita normală a funcţionării psihice adaptative şi integrate? Probabil că acestea sunt întrebări pe care şi le pune psihopatologia....

Apoi, Alexandru s-a gândit la faptul că boala bipolară a fost plasată de către Kraepelin, împreună cu schizofrenia, într-un grup special al psihozelor endogene. Dar, atât în depresie cât şi în manie, dispoziţiile afective normale corespunzătoare se originează atât în psihobiologie cât şi din trăirile specifice omului cultural şi spiritual, capabil de sărbători şi penitenţă, om al tragediei şi comediei, al înţelepciunii *Melancoliei* lui Dürer

şi a celei pe care o etalează bufonii lui Shakespeare şi cei din Encomion Moriae a lui Easmus. Să fie oare această zonă de articulare din structura persoanei între cele două instanţe ontologice – cea a Biosului şi cea a Antroposului – un teritoriu fragil? O instanţă fertilă pentru adaptatibilitate şi creaţie; dar tocmai de aceea, una sensibilă şi pentru dereglări? Şi-a propus să mediteze şi asupra acestui aspect, amintindu-şi de *meme*.

*

* *

În aceeaşi zi Alexandru l-a întâlnit pe Eugen şi i-a povestit despre cursul audiat şi despre gândurile sale.

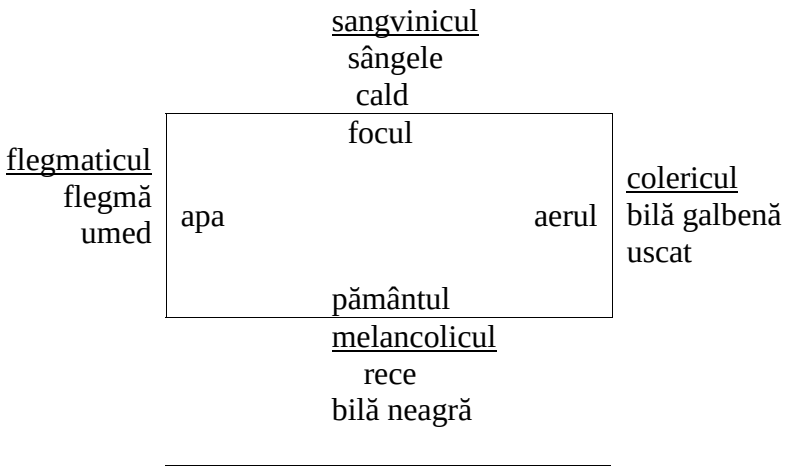
- Problemele pe care vi le puneţi voi psihiatrii, psihopatologii ,se întâlnesc uneori cu ale noastre. Doar că de obicei oamenii de ştiinţă sunt mai calmi şi mai siguri decât tine. Pentru ei principiile darwinismului conjugate cu descoperirile genetice şi alte date ştiinţifice au consolidat un domeniu ferm de studiere a evoluţionismului şi de clarificare progresivă a condiţiei umane şi a devenirii sale.

Noi, filozofii, suntem mai neliniştiţi şi mai problematici. Pentru noi, problema devenirii, care o dublează pe cea a fiinţei, a rămas o provocare, chiar după elaborările lui Hegel şi ale lui Noica. Văd că tu, Alexandru, te-ai contaminat puţin de prietenia cu mine şi nu stai liniştit în banca cunoaşterii, ci continui să îţi pui întrebări.

Secvenţe istorice privitoare la manie si melancholie.

- *Melancholia* şi *mania* au fost tulburări identificate, circumscrise şi denumite în Grecia antică, alături de *frenitis, histerie* şi altele. Dintre toate, melancolia e singura

care se articulează direct cu concepţia hipocratico galenică a celor patru umori, doctrină ce exprimă corespondenţa dintre organismul uman şi dimensiunile naturii din jur.



Corespondenţele cuaternare se extind şi în alte zone, cum ar fi punctele cardinale, anotimpurile, părţile zilei, vârstele ş.a.m.d. Doctrina umoralistă a temperamentelor a jucat un rol important în medicina culturii greco-romane şi apoi în cea islamică şi a Europei, până în vremea modernităţii. Temperamentele au fost în toată această perioadă o importantă dimensiune a caracteriologiei. În ultimii ani tema temperamentelor a fost reactivată în perspectiva spectrului bipolar.

Melancholia ca boală, distinctă până la un punct de temperamentul melancholic, a beneficiat în antichitate de o descriere destul de nuanţată. Deşi ea nu a fost interpretată în acea perioadă - şi nici mult timp ulterior - ca o tulburare a dispoziţiei afective. În descrierea sa antică se menţionează: aversiunea faţă de mâncare, lipsa de somn, iritabilitatea, lentoarea, dificultatea de vorbire, dispoziţia rea, tristă şi tendinţă la solitudine. În descrierea melancoliei se mai întâlneşte şi îndoiala, dorinţa de moarte şi idei delirante monotematice: de ex. că subiectul se consideră mort sau că nu mai are cap. Erau comentate şi frici variate, inclusiv frica de foştii prieteni. Se mai nota scăderea potenţei, dispepsie, flatulenţă şi alte simptome grupate ulterior la hipocondrie.

Cazuistica identificată în acea vreme ca melancholie se pare că acoperă o zonă destul de largă de patologie psihotică. Asociaţia cu mania a fost sesizată şi ea, de Soranus din Efes în sec I î.e.n., autor care descrie mania ca o boală ce se remite, la unii mixându-se cu melancholia. În medicina greco-romană, observaţii clare menţionează mai ales Aretaeus din Cappadocia (circa 150 e.n.) care scrie: *Mie mi se pare că melancolia este partea de început a maniei*. Tot lui i se datorează o descriere nuanţată a formelor de manifestare a maniei. El scria: *Există infinite forme ale maniei, dar boala e una. Dacă mania e asociată cu veselia, pacientul poate râde, se joacă, dansează ziua şi noaptea şi merge la piaţă strigând, ca şi când ar fi obţinut o mare victorie. Are idei infinite şi crede că e expert în astronomie, filosofie sau poezie. Alteori, pacientul devine excitabil,*

suspicios, iritabil; poate auzi zgomote care nu sunt sau are halucinaţii vizuale, dorinţele sexuale pot deveni necontrolabile, poate ajunge la furie, ajunge să ucidă însoţitorii sau să fie violent cu el însuşi.

- În Renaştere, Marsilio Ficino, şeful Academiei Platoniciene din Florenţa, stabileşte o legătură între tipul melancolic şi genialitate, prin intermediul doctrinei astrologice care apropia acest temperament de zodia Capricornului şi planeta Saturn.

Pe lângă corespondenţele dintre funcţionarea psihosomatică a organismului uman şi mediul înconjurător, cultura greco-romană elenistă a cultivat şi concepţia influenţei astrelor asupra firii şi destinului omului; concepţie a temperamentelor zodiacale, care se revendică de la babilonieni şi egipteni şi a fost transmisă în Evul Mediu şi Renaştere de corpusul hermetic denumit al lui Hermes Trismegistul. Ea se bazează pe concepţiile religioase dualiste gnostice despre coborârea sufletului din zona astrală pentru a se uni cu corpul la naştere; coborâre în cursul căreia el trece pe lângă planeta dominantă în acel moment al anului, împrumutând caracteristicile acesteia. Melancholicii născuţi în zodia Capricornului erau corelaţi în Renaştere cu planeta Saturn. Melancholia saturniană ar fi varianta *caldă* a temperamentului melancolic, marcată - spre deosebire de varianta *rece* - de labilitate, excentricitate, hipersexualitate, extaz şi genialitate. Această *melancholie* ***fumoso*** ar mai imprima omului o memorie prodigioasă, aptitudini analitice, raţionament abstract şi propensiune spre contemplaţie metafizică, toate condiţionate de planeta Saturn, care e cea mai apropiată de soare. După Tomasso Campenella, influenţa saturniană asigură şi aptitudinea premoniţiei. După Agrippa von Nettesheim, cel care l-a inspirat pe Dürer pentru gravura Melancholia I, la saturnieni imaginaţia predomină asupra raţiunii. Tot melancholia era considerată ca responsabilă de *boala de dragoste*, *amor heroes*, din care se putea muri. (A se vedea Cap.IX).

Aceste interferenţe, consemnate de-a lungul istoriei, între melancolie şi manifestări erotice sau creative, sugerează o cazuistică a unor stări mixte în care, alături de melancholia propriu-zisă, exprimată predominent temperamental, se infiltrează şi trăsături maniacale.

- În secolele XVI şi XVII apar modificări în comentarea simptomatologiei şi interpretarea melancholiei. În perioada de după Reformă se notează tot mai frecvent un sentiment crescut de responsabilitate şi vinovăţie. Apar monografii cum e „The anatomy of Melancholy" a lui R. Burton (1621). Boala e considerată ca având *cauze interne*. Astfel, Paracelsus distinge între Lunatici - a căror maladie se datorează lunii**,** Insani - a căror boală e ereditară, Vesani - care şi-au pierdut raţiunea din cauza băuturii şi Melancholici - care *înclină spre nebunie printr-un viciu al naturii lor interne*. Melancholia şi mania sunt considerate a avea *cauze interne* şi în tratatul lui Plater (1609) şi al lui Johnston (1644). Boissier de Sauvages (1763) le plasează la *deliruri*, iar Linné (1763) le consideră maladii mentale *ideale*. Treptat se diferenţiază o melancholie parţială şi fără delir, faţă de cea tradiţională, cu delir; iar acesta e comentat cu teme specifice: de sărăcie, autodepreciere, boală, nihilism. Tot treptat, simptomatologia hipocondriacă, însoţită de flatulenţă, e separată de melancholie şi ajunge în sec. XVIII să fie considerată o boală distinctă a bărbaţilor, simetrică până la un punct cu histeria femeilor.

- În sec. XIX, odată cu constituirea psihopatologiei descriptive şi cu manifestarea doctrinelor facultăţilor, melancholia şi mania ajung să fie considerate tulburări afective, distincte de tulburarea intelectivă a delirului. De asemenea, se impune termenul de *depresie*, care treptat îl înlocuieşte pe cel de melancholie, sugerând

deprimarea fluxului nervos şi a psihismului în general. Astfel încât, la sfârşitul sec. XIX, Kraepelin vorbeşte de boala (sau psihoza) maniaco-depresivă, melancolia rămânând doar pentru a încadra varianta involutivă a depresiei. Alternanţa la acelaşi pacient a depresiei şi maniei a fost constatată de mai mulţi clinicieni- Falret, Baillarger - înainte de a fi consfinţită prin Tratatul lui Kraepelin. Acesta comentează şi cazurile cu cicluri rapide şi cu simptomatologie mixtă; precum şi cazuri intermediare între psihoza maniaco depresivă şi schizofrenie.

- După 1980, termenul utilizat oficial de către DSM III-IV este cel de depresie. Melancolia e amintită ca o formă clinică a depresiei majore, marcată de simptome biologice şi de *o calitate specială a trăirilor subiective* (de tip depersonalizant); tablou clinic ce a fost comentat în sec XIX de către Schneider ca *depresie vitală*, cu semnificaţie de depresie psihotică nedelirantă. În aria depresiei, DSM IVTR mai acceptă *distimia*, ca variantă de intensitate medie şi durată prelungită (de peste 2 ani); fapt ce permite diagnosticul de *dublă depresie*. Iar neoficial se acceptă şi depresiile scurte, de aproximativ 3 zile. Interesul pentru formele fruste, subclinice de depresie este in creştere.

Un aspect special l-a constituit, încă din antichitate, temperamentul melancholic, distinct de boala melancolică, de actuala psihoză depresivă. Această problemă a fost comentată şi în sec. XX, rămânând actuală şi în zilele noastre.

Dacă în antichitate în centrul atenţiei a fost melancholia, asociaţia cu mania fiind semnalată incidental. În sec. XX în prim plan a trecut boala (psihoza) maniaco-depresivă a lui Kraepelin, etichetată apoi ca tulburare (dispoziţională – *mood disorder*) bipolară. Dar în a doua jumătate a secolului s-a reactivat ideea unei boli depresive distincte: tulburare depresivă monopolară. Dat fiind că a fost acceptată şi distimia, ca echivalent al tradiţionalei *nevroze depresive*, s-a ridicat şi problema studierii mai amănunţite a unei tulburări de fond a personalităţii de tip depresiv. În cartea sa princeps din 1927, privitoare la personalităţile psihopate, Schneider a descris şi un tip depresiv şi unul hipertim, corespunzător hipomaniacalului. Ulterior aceste tipuri au fost ignorate şi nu au mai apărut în DSM III-IV; deşi tipul depresiv a rămas mereu în faza de proiect de studiu. Este posibil ca această excludere să se datoreze şi faptului că aspectul principal al tulburării de personalitate s-a precizat tot mai mult a fi disfuncţia relaţionărilor interpesonal-sociale. Iar acesta nu este marcat sau evident la persoana depresivă. Singura tentativă importantă în direcţia depresiei (melancoliei) a fost cea a lui Tellenbach, care a descris *Tipus melancolicus*, în cadrul unei conceptualizări globale a patologiei depresive, bazată pe „endogenitate" încercare care însă nu s-a impus.(8).

Problema a fost reluată în ultimii ani, odată cu avansul ideii de spectru maladiv. În ceea ce priveşte spectrul bipolar, cercetările au avansat progresiv tot mai mult, sub impulsul lui Akiskal. S-a ajuns la descrierea subtipurilor I, II şi III de tulburare bipolară caracterizată prin manifestări maniacale subclinice, cicluri rapide şi stări mixte, concomitente şi alterne. Iar în prezent cercetătorii insistă asupra studierii *temperamentului hipertim* şi ciclotim. În ceea ce priveşte însă comentariile unui eventual spectru monopolar depresiv, lucrurile nu au evoluat simetric. Pe lângă încercarea clasică a lui Tellembach, a mai existat o tentativă a lui Tyrer, ce pleacă de la strânsa apropiere şi intersecţie între patologia depresivă şi cea anxioasă şi frecvenţa crescută a acestei patologii în Clusterul C al tulburărilor de personalitate (dependentă, anancastă, evitantă). Dar proiectul acestei *cotymii* este încă insuficient dezvoltat. Lumea de la începutul

sec.XXI, expansivă şi angajată în prezent, nu agreează o depresie amplu răspândită în populaţie, sub forma unui spectru maladiv.

Capitolul III Note şi bibliografie

1. Foucault, care a fost invocat şi în Cap.I, a lăsat o operă filozofică în care analizează metodic constituirea mentalităţii Europei moderne, organizate în jurul pozitivităţii ideii de ordine. În raport cu care se plasează negativitatea *dezordinii umane*, pentru care se marginalitatea nebuniei este un simbol. Referinţa la analizele sale este importantă pentru tema în dezbatere, ea fiind făcută în diverse capitole. De aceea menţionăm principalele lucrări (cu referinţă la traducerile româneşti).

30. Foucault M. (1996), Istoria nebuniei în epoca clasică, Ed.Humanitas, Bucureşti

31. Foucault M. (1997), A supravgehea şi a pedepsi. Naşterea închisorii, Ed.Humanitas, Bucureşti

32. Foucault M. (1996), Cuvintele şi lucrurile, Ed.Univers, Bucureşti

33. Foucault M. (1998), Naşterea clinicii, Ed.Ştiinţifică, Bucureşti

34. Foucault M. (2004) Hermeneutica subiectului, Ed.Politom, Iaşi

Abordările lui Foucault privitoare la felul în care a fost abordată marginalitatea nebuniei în Epoca clasică rămân interesante şi în perspectiva *memelor*.

2. Aspecte istorice privitoare la dezvoltarea psihiatriei în România s-au publicat mai ales în corelaţie cu eforturile şcolii psihiatrice din Oradea

35.Cornuţiu G. (ed) (2009, 2010, 2011), Lucrare privitoare la istoria psihiatriei româneşti, Analele Universităţii din Oradea, Editura Universităţii din Oradea.

3. Dezvoltarea psihiatriei comunitare în ultimele decenii ale sec.XX este atât un aspect psihiatric administrativ cât şi unul conceptual, socio politic şi antropologic. Chiar dacă detaliile tehnice contează mai puţin în lucrarea de faţă, procesul des-instituţionalizării suferinzilor psihici e strâns corelat cu înţelegerea tulburării mentale prin prisma ideologiei implicite şi explicite a epocii. Procesul care a condus, prin mişcarea antipsihiatrică la regruparea în jurul principiilor DSM-III-IV va fi comentat în cap.X. Privitor la psihiatria comunitară şi sănătatea mentală, se poate indica la acest nivel:

36. Prelipceanu D., Mihăilescu R., Teodorescu R. (Eds) (2000), Tratat de sănătate mentală, Ed.Enciclopedică, Bucureşti

4. Tulburarea bipolară, înţeleasă tradiţional ca *psihoză* şi făcând cuplu cu schizofrenie în circumscrierea zonei centrale a *psihozelor endogene* în tradiţia lui Kraepelin, este abordată în prezent şi ea în perspectiva spectrelor maladive, atât ca spectru bipolar cât şi ca intersecţie cu spectru schizofren sau în interiorul unui spectru psihotic general. Referinţe de bază pot fi :

37. Goodwin F.K., Jamison K.R. (2007), Manic Depressive Ilness, Oxford University Press

38. Marneros A, Andreasen N.C., Tsuang M.T. (Eds) (1995), Psychotic continuum, Springer, Berlin, Heidelberg

39. Marneros A., Akiskal H.S. (Eds), (2007), The Overlap of Affective and Schizophrenic Spectra Cambridge University Press

40. Marneros A., Angst J. (Eds), (2002), Bipolar Disorders. 100 year after manic depressive insanity, New York, Kluwer Academic Publisher

41. Marneros A., Tsuang M. T. (Eds.), (1990) Affective and Schizoaffective

Disorders, Springer Berlin, Heidelberg

42. May M., Akiskal H.S. et all (2003), Bipolar Disorder, John Wiley & Sons LTD

43. Fujii D., Ahmed I.. (Eds), (2007), The Spectrum of Psychotic Disorders. Neurobiology, Etiology and Pathogenesis, Cambridge University Press.

5. Referinţa este la:

44. Lăzărescu M, Bărănescu R. (2011), Psihopatologie descriptivă, Ed.Polirom Iaşi.

Problema psihopatologică a unor sindroame ca cel depresiv şi maniacal depăşeşte nivelul inventarului de simptome. Psihopatologia descriptivă se cere privită din două perspective: cea a modelului medical care urmează linia diagnostică simptom-sindrom-boală (tulburare); şi cea a trăirilor umane fundamentale normale, din care derivă *fenomenele* psihopatologice, în sensul comentariului fenomenologic (vezi Tattosian (4)). Fenomenele se corelează în mare măsură cu principalele sindroame; şi pe această cale se poate realiza o articulare cu *modúlele psihice antropologice*, în perspectiva evoluţionist fenomenologică.

45. Lăzărescu M. (2011), „Tulburarea bipolară în perspectiva psihopatologiei. Doctrina evoluţionistă şi fenomenologia existenţialistă", Revista Română de Psihiatrie, Nr.1-21

Corelaţia dintre simptome şi sindroame este comentată şi analizată ambiguu şi neclar în lucrările de specialitate din ultimele decenii. De obicei se utilizează un sistem modular de definire a unor simptome şi/sau subsindroame (sindroame) care sunt apoi grupate în clustere sau clase. Sistemele oficiale cele mai elaborate în plan internaţional sau AMDP şi SCAN.

46. AMDP, (1995), Arbeitsgemeinschaft für metodik und Dokumentation in der psychiatrie, Ed.Hogrefe, Göttingen

47. SCAN, (1992), Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatrie, WHO Geneva

6. Abordarea evoluţionist istorică a fost semnalată din Cap.I în marginea anxietăţii şi fobiei. Iar în Cap.II, mai ales în note, s-au comentat aspecte ale manifestărilor corporale umane normale şi patologice care, parţial pot fi referite la moştenirea psihobiologică. Abordarea directă a doctrinei evoluţioniste, în conjuncţie cu cea istorică culturală se face la cap.XII. La acest nivel se prezintă câteva date informative generale. Şi apoi se trec în revistă o serie de modele psihoadaptative normale, dintre care o parte derivă din biologie, care ar putea contribui la schema unui mod general de reacţie de tip maniacal şi depresiv. Profităm de ocazie pentru a face câteva trimiteri bibliografice : pe lângă **11, 12, 13** – cu precizarea că preocupările evoluţioniştilor au fost până în prezent predominant în direcţia depresiei.

48. Barkov J., Cosmides L., Tobby J. (Eds) (1992), The adapted Mind. Evolutionary psychology and the generation of culture, Oxford University Press.

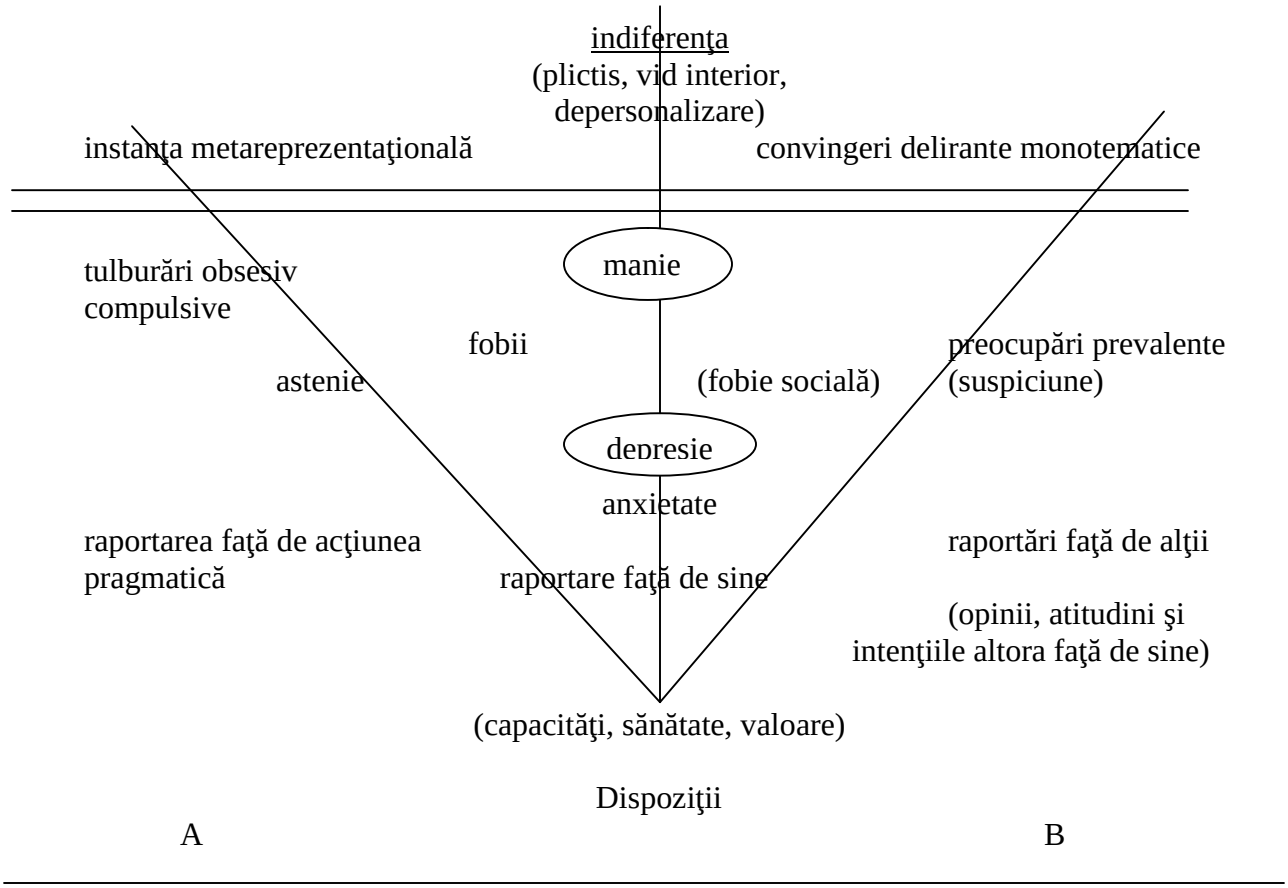
49. Bradshaw J. (1997), Human Evolution. A Neuropsychological Perspective, psychology, Press Hove

50. Buss D.M. (2004), Evolutionary Psychology : the new science of the mind, second ed., Allyn and Bolton, Boston
51. Crawford C., Krebs (Eds) (1998), The Handbook of Evolutionary Psychology, Mohwah H., Lawrence Erlbaum
52. Cartwright J. (2000), Evolution and Human behaviour, Darwinian Perspectives on Human nature, McMillon, London
53. McGuire M, Troisi A. (1998), Darwinian Psychiatry, Oxford University Press
54. Rossaro M.. (2003), Evolutionary Psychology. The Science of Human Behaviour and Evolution, Willey
55. Gilbert T.P. (1992), Depression : the evolution of Powerlessness, Have Psychopathology Press
56. Nesse R.M. (2002), „Is depression an adaptation?", Arch.Gen.Psychiatry, 54, 14-20
57. Wolpert L. (2001), Malignant Sadness. The Anatomy of Depression, Fober &Fober, London
58. O'Connor L.A. et all (Eds) (2002), Guilt, fear, sumision and empaty in prison, J.Affect.Disord, 71, 19-24
59. Wilson D.R. and Cory G.A. (2007), The Evolutionary Epidemiology of Mania and Depression, Ehe Edwin Mellen Press, Lewiston, Queenstone, Lampeter

Psihologia şi psihopatologia evoluţionistă se dezvoltă bazându-se pe un curent ştiinţific amplu şi în plină dezvoltare, cumulând noile cunoştinţe din genetică, neuroştiinţe dar şi din sociobiologie, fapt ce se corelează cu concepţia evoluţionistă ce pune accentul nu pe indivizi ci pe populaţii. În acest sens e exemplificator cazul maniei şi depresiei, prin cartea citată a lui D.R.Wilson şi G.A.Cory, ce dezvoltă ideea unei epidemiologii evoluţioniste. În conformitate cu clasica teorie a jocurilor aplicată E.O.Wilson în sociobiologie, sunt selectate pozitiv atât comportamentele de asertare dominatoare şi evidenţiere atractivă intraspecifică (pentru manie) cât şi cele de sumisiune strategică şi inhibiţie de refacere (pentru depresie). Autorii fac referinţe şi la doctrina spectrului bipolar ce studiază buna adaptabilitate şi performanţa socială a formelor subclinice şi temperamentale care participă la transmiterea tulburării. Dar fiind orientaţi spre biologie, autorii nu comentează valenţele pozitive de coeziune socială pe care le ocazionează de ex. sărbătorile şi ritualurile corelative deceselor.

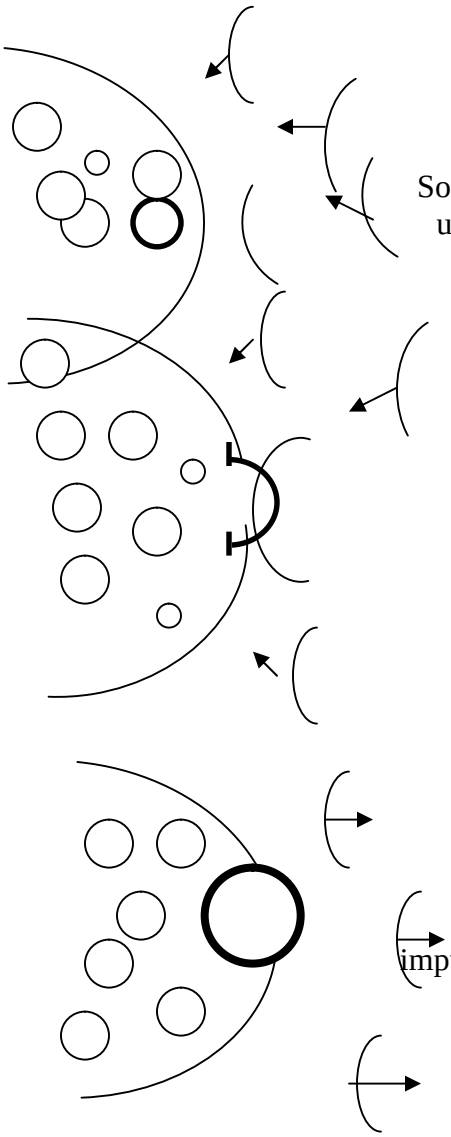
60.Lăzărescu M. (2009), „Psihopatologia evoluţionistă şi depresia", Psihiatru.Ro., 19.4, 22-26

7. Problema structurării prezentului trăit, a raportărilor actuale la situaţie, e comentată în cap.V; iar distorsiunea patologică a acestei raportări în cap.XI, ca marcând tulburarea simţului comun. Psihopatologia stărilor maniacale şi depresive se înscrie în domeniul mai amplu ale tulburărilor dispoziţionale, care e abordat şi în notele de la cap.IV. Se cere subliniat că e vorba de un domeniu al psihismului diferit de fel centrat de acţiunea pragmatică şi cel al preocupărilor faţă de sine şi de relaţionarea cu alţii, diferenţiere ce a fost făcută de la Cap.II şi va fi reluată constant în continuare.


indiferenţa
(plictis, vid interior,
depersonalizare)
instanţa metareprezentaţională
convingeri delirante monotematice
manie
tulburări obsesiv
compulsive
fobii
preocupări prevalente
(suspiciune)
astenie
(fobie socială)
depresie
anxietate
raportarea faţă de acţiunea
pragmatică
raportare faţă de sine
raportări faţă de alţii
(opinii, atitudini şi
intenţiile altora faţă de sine)
(capacităţi, sănătate, valoare)
Dispoziţii
A
B

Chenar 20

8. Utilizarea structurilor funcţionale de tipul modulilor maniacal si depresiv



Solicitările externe acţionează stimuland, activand,"chemand" unele disponibilitati de functionare psihica, cu care subiectul este dotat specific:structuri „modulare"

În situaţiile actuale efective, disponibilităţile psihice ale indivizilor se conjugă cu aspectele situaţionale, în cadrul rezolvării problemelor ce privesc subiectul

În psihopatologie, unele structuri modulare se afirmă aparent spontan, fără conjuncţie cu factorii externi impunându-se rigid şi dezadaptativ,decontextualizand subiectul

9. Referinţe istorice se fac în mai multe capitole, predominant în Cap.IX. Pe lângă trimiterile la Berrios, datele istorice generale sunt din Foucault (30) şi date din diverse tratate. Menţionăm:

61. Alexander E.G., Selesnik S.T. (1972), Histoire de la Psychiatrie, Ed.Colin, Paris

62. Postel, J., Quetel Cl.(1983), Nouveller Histoire de la Psychiatrie, Ed.Privat, Toulouse

63. Wallace IV E.R., Gach J. (Eds) (2008), History of Psychiatry and medical psychology, Springer

Privitor la profesia de bufon, în Renaştere, informaţii interesante se află în :

64. Lever M. (1983), Le sceptre et la marotte. Histoire des jous de Court, Ed.Fayard, Paris

Deşi ignorate, lucrările lui Tellembach rămân actuale, în perioada în care se regândeşte tema *endogeniei*. mai ales provocarea *endokineziei* pe care autorul o elaborează în această lucrare se menţine vie.

65. Tellembach H. (1983), Melancholie, 4 Aufl., Ed.Springer, Berlin

66. Tyrer P., Seivewright H., Johnson T. (2003), The core elements of neurosis: mixed anxiety depression (cotymia) and personality disorder, in Journal of Personality Disorders, 17 (2), 129-138.

Capitolul al IV-lea

Delirul, dragostea şi persecuţia

Ana, fiica lui Gheorghe şi sora lui Alexandru, care e asistentă socială, a avut de rezolvat cazul unei tinere de 15 ani ce trăia într-o familie dezorganizată şi a ajuns la Urgenţa Spitalului după o tentativă de suicid. Era foarte slabă şi palidă şi luase o cantitate apreciabilă de sedative, dar şi-a revenit după îngrijirile medicale. Era anemică şi serios subponderală. În zilele următoare, medicii au constatat că prezintă vărsături spontane, dar nu s-a clarificat o patologie somatică digestivă. Mama ei, o fire autoritară şi dură, a relatat că fata ţine repetate cure de slăbire, având constant impresia că se îngraşă şi devine diformă. Tatăl ei este alcoolic, nu are un loc de muncă stabil, în casă erau repetate scandaluri, aveau o condiţie socială precară. Vizita pe care a făcut-o la domiciliu a evidenţiat o locuinţă sărăcăcioasă, dar ordinea în casă era menţinută. Pacienta avea un frate mai mic care fugea mereu de acasă şi era pe cale de a fi exmatriculat. Despre tânără a aflat de la vecini şi profesori că era pedantă, uneori încăpăţânată, avea perioade în care era volubilă, dar şi altele în care se manifesta iritabil şi necooperant. Toţi ştiau că se preocupa de talie, fiind mereu cu gândul la îngrăşare. Făcea sport excesiv, mama povestea că refuza deseori alimentaţia, lua diuretice, îşi provoca purgaţie şi uneori vărsături. Se cântărea zilnic de două ori şi se privea frecvent în oglindă. Din când în când apăreau perioade în care consuma impulsiv, în scurt timp, multe alimente, după care vărsa. Ciclul menstrual era neregulat.

Ana i-a povestit fratelui său Alexandru, care se formează în psihiatrie, despre caz. Acesta i-a spus că e vorba de o tulburare ce se numeşte anorexie mentală şi apare cel mai frecvent la tinerele fete, de zece ori mai des decât la băieţi. În prim plan apare o problematizare a alimentării. Lipsa poftei de mâncare poate apărea în diverse stări psihice particulare, de exemplu în stările depresive. În

această tulburare există însă o preocupare excesivă a tinerelor fete de a evita creşterea corporală în greutate şi formele rotunjite. Un apetit oscilant poate fi prezent de la vârste mai mici, dar în perioada puberală interesul pentru corp, firesc la orice tânăr, devine excesiv. Ideaţia poate ajunge prevalentă, uneori cu grave consecinţe pentru sănătate. Familia neliniştită obligă tânăra la alimentare. Dar după masă aceasta îşi provoacă vărsături; iar acestea apar ulterior sporadic. Corpul se deshidratează şi se instalează anemia, cu reducerea rezistenţei la infecţii. Se poate ajunge la caşexie, corpul fiind numai „piele şi os", iar în unele cazuri la deces. În formele foarte grave preocuparea prevalentă capătă o intensitate delirantă. Deşi descrisă mai de mult timp, tulburarea se manifestă mai intens în ultimele decenii în ţările cu economie de consum. Cultura îşi are şi ea rolul său. Păpuşile Barbie fiind un model realizat după tipul anorexic, mulţi autori comentează problema că anorexia mentală ar fi o tulburare condiţionată sau agravată de un anumit tip de civilizaţie.

Alexandru şi Ana au discutat despre acest caz când s-au întâlnit cu prietenii lor în casa lui Vasile. Ideea unei tulburări condiţionate de civilizaţie a aprins spiritele.

- În cazul civilizaţiei de consum, a intervenit Sorina, creşte numărul obezilor datorită stilului de viaţă. Pe lângă oferta calorică suficientă sau excesivă, fapt ce contrastează cu situaţia din ţările în curs de dezvoltare, munca este predominant sedentară, deosebindu-se de societăţile agricole. De asemenea, deplasarea pe jos e redusă, aspect ce favorizează obezitatea. Statisticile au indicat că procentul cel mai mare de persoane supraponderale se întâlneşte în SUA. Faptul e nociv pentru sănătatea generală, deoarece se adaugă stresul, fumatul şi tensiunea competitivităţii, fapte care au condus la creşterea patologiei cardiovasculare, a infarctului şi accidentelor cerebrale. Aceste probleme de sănătate publică au condus la măsuri sociale, ca de exemplu reducerea permisivităţii fumatului în

public, mesaje difuzate în mass media privitoare la o alimentaţie raţională şi la necesitatea mişcării zilnice: „Pentru o viaţă sănătoasa, faceţi cel puţin 30 minute de mişcare pe zi” se difuzează pe toate posturile TV. Anorexia mentală a devenit frecventă în acest context al creşterii obezităţii.

La discuţie era de faţă acum şi prietenul Anei, Eduard, medic neurolog ce se specializează în neuroştiinte. A intervenit şi el: – Statistica şi sociologia argumentează, desigur, cu temei, creşterea frecvenţei unor tulburări ca infarctul miocardic, obezitatea şi anorexia mentală, în culturile ce favorizează anumite stiluri de viaţă şi întreţin anumite oferte, fizice şi informaţionale. Dar, privitor la cazurile individuale, nu se poate ignora şi constituţia biopsihică, încărcătura genetică. Şi care se desfăşoară prin funcţionalitatea creierului. Se cunosc bine, de toata lumea şi mai ales de specialiştii în nutriţie, familii de obezi din tată în fiu. Atât metabolismul general, cât şi structura ţesuturilor, configuraţia endocrină şi funcţionalitatea cerebrală receptează într-un anumit fel informaţiile educative care imprimă un anume stil de viaţă. Sunt oameni care au un catabolism crescut şi nu se îngraşă dacă mănâncă în ritm cu ceilalţi. Forma corpului e reprezentată pe cortexul cerebral într-o anumită zonă, pe prima circumvoluţiune parietală. Iar ca să slăbească durabil, un obez trebuie nu doar să scadă în greutate, ci să-şi modifice conturul corpului sau schema corporală din creierul său. Această schemă corporală delimitează şi în perspectivă psihică interiorul propriului corp de exterioritatea lumii din jur. Ea stă la baza imaginii corporale, a faptului cum îşi percepe şi reprezintă subiectul propriul corp, în relaţiile sale cu alţii, cu societatea. El se percepe pe sine, pe de o parte nemijlocit, prin informaţiile ce vin de la organele interne, de la muşchi şi articulaţii, de la piele. De asemenea, el îşi poate privi parţial corpul, sau se poate uita la sine în oglindă. În plus, se aude vorbind şi îşi simte mirosul. Dar mai des şi mai fundamental, el se oglindeşte în privirea şi percepţia sa de către alţii, fapt care se petrece de-a lungul întregului proces de

formare ontogenetică. De aceea fiecare om e interesat de felul în care alţii îl percep. El îşi îngrijeşte aspectul, şi-l modelează pentru a prezenta altora o imagine corporală pozitivă, aşa cum ar dori el ca aceştia să-l perceapă. Studierea mecanismului cerebral implicat în acest proces avansează tot mai mult.

- Persoanele ce dezvoltă la un moment dat anorexie mentală au foarte probabil o anumită constituţie biopsihică şi particularităţi în funcţionarea creierului, a reluat discuţia Alexandru. Totuşi, atunci când e vorba de imaginea corporală, aceasta este strâns legată de reprezentarea de sine şi stima de sine. Iar aşa cum a spus Eduard, aceasta se dezvoltă în cursul ontogenezei. Un rol important îl joacă ataşamentul faţă de mamă din primii ani ai vieţii. În prezent se discută tot mai mult despre ataşamentul nesigur şi despre cel dezorganizant sau dependent. Acesta favorizează formarea unei personalităţi instabil emoţionale, cu o imagine şi stimă de sine oscilantă - o personalitate „borderline", care prezintă şi tulburări alimentare, alături de o inconstanţă în autocontrolul agresivităţii, a atitudinii faţă de alţii şi faţă de sine. Privitor la această temă a imaginii corporale şi a stimei de sine, poate reuşim să-l provocăm la o discuţie pe profesorul P, când mai vine pe aici. Până atunci vreau sa vă relatez un caz care s-a prezentat în această săptămână la Clinica de Psihiatrie şi care aduce şi el în discuţie imaginea corporală.

E vorba de o femeie de 25 ani, care e preocupată tot timpul de faptul că are un corp nearmonios, urât, care se deformează. A fost întotdeauna mai timidă, cu relaţii sociale puţine. E o funcţionară liniştită şi conştiincioasă, care nu prea intră în vorbă cu alţii. A crescut într-o familie modestă, fără fraţi sau surori. Din pubertate a fost preocupată mult de felul cum arată. Petrecea mult timp în faţa oglinzii, ţinea dietă. La un moment dat s-a preocupat intens de faptul că îi cade părul. Deoarece avea şi seboree, a consultat mulţi dermatologi. Nu a avut niciun prieten intim, deşi au fost câteva împrejurări în care a discutat mult cu câte un băiat. În ultimii ani preocuparea pentru aspectul corporal a devenit dominantă.

Foloseşte multe feluri de creme şi cosmeticale, frecventează şi saloanele de înfrumuseţare. Înainte de a pleca de acasă se îngrijeşte ore în şir în faţa oglinzii. Având impresia că are sânii prea mici, a solicitat o intervenţie pentru a i se implanta silicoane. E tot timpul îngrijorată de felul cum apare în public, are mereu impresia că lumea se uită la ea şi crede că e urâtă. După un an de la operaţia estetică a solicitat o reintervenţie, considerând că aspectul corporal nu e încă echilibrat. A aflat că se pot modifica formele feselor şi s-a prezentat şi pentru o intervenţie şi în acest sens. A început să poarte peruci, studiind foarte amănunţit felul în care se asortează cu înfăţişarea sa. La un moment dat a ajuns la concluzia că aspectul ei urât se datorează nasului. Studiindu-şi cu atenţie faţa, a avut impresia că nasul i se modifică lent, crescând în lungime. A solicitat o intervenţie estetică de modificare a formei nasului. După multe dezbateri a efectuat-o. După operaţie a fost şi mai atentă la felul cum o priveşte lumea. Tot timpul în cursul serviciului se preocupa cu studierea aspectului propriului corp. Recent a ajuns la concluzia că operaţia estetică a făcut-o şi mai urâtă. Are acum impresia că urechile se modifică, devenind mai mari. A solicitat o nouă intervenţie estetică, motiv pentru care a fost trimisă la o expertiză psihiatrică.

- De fapt această domnişoară nu face decât să se preocupe excesiv de un lucru pe care îl facem fiecare dintre noi. Aproape toţi dorim să arătăm bine, să fim atractivi şi dacă se poate chiar frumoşi. Desigur, nu atunci când suntem depresivi. Dar mai totdeauna când ne prezentăm în public, când mergem la un spectacol de exemplu. Unele persoane au chiar tendinţe hiperexpresive, se îmbracă şi se împodobesc cu multă grijă, special pentru a atrage atenţia altora asupra lor.

- Expresivitatea corporală atractivă e o manifestare biologică necesară selecţiei sexuale, a intervenit Eric. E drept că în biologie nu se beneficiază de îmbrăcăminte şi podoabe ce le poţi schimba oricând. Si mai e o deosebire faţă de om. La mare parte din specii, masculul reprezintă sexul frumos, care-şi desfăşoară

în perioada de rut podoabele atractive, aşa cum face păunul cu coada sa. Şi nu femela, păuniţa.

- La om atractivitatea corporală, cea care rezulta din aspectul feţei şi corpului, e tot timpul modulată de artefacte culturale. Dar, zise Sorina, atractivitatea socială mai rezultă şi din ţinuta generală, din modularea vorbirii şi privirii, a felului subiectului de a fi prezent şi a interacţiona cu alţii, într-o tendinţă a seducţiei. Iar această atractivitate se manifestă nu doar în direcţia sexualităţii. Succesul e important pentru cariera socială sau pentru politică. Când se spune despre un om că are charismă, nu se are în vedere doar aspectul corporal, care poate fi chiar urât. În plus, pe termen lung, contează şi calităţile morale care într-un fel răzbesc şi ele în fizionomie.

- Totuşi există bărbaţi şi femei frumoase, fapt de care subiecţii sunt de obicei conştienţi. În relaţionarea socială contează de asemenea percepţia şi reprezentarea de sine a fiecărui subiect, felul în care el evaluează faptul cum alţii îl vor percepe şi evalua. Acest lucru depinde, desigur, de încrederea în sine, de stima de sine a fiecăruia. Există şi diferenţe individuale. Unii nu se preocupă prea mult de felul cum arată şi vor fi percepuţi, pe când alţii sunt mereu interesaţi de acest aspect, aşa că se îngrijesc, se cosmetizează şi se autocontrolează mai mult. Cazul pe care l-a amintit Alexandru face parte din această categorie. E în joc un proces psihologic metareprezentativ de calcul evaluativ al eventualităţilor unui eveniment posibil. Probabil că în mintea acestor pacienţi funcţionează un raţionament de tipul: „dacă apar în societate şi voi fi privit, alţii vor constata urâţenia mea şi mă vor evalua negativ, dispreţuitor, jignitor”. Şi chiar dacă lucrurile nu se întâmplă astfel, orice privire banală poate fi interpretată ca o confirmare a raţionamentului. Punctul de plecare este deci în subiect, în autoperceperea şi autoevaluarea de sine, în contextul unei stime de sine scăzute.

- Ar rezulta că unele manifestări psihopatologice, precum această preocupare excesivă pentru aspectul corporal, urâţenie şi neatractivitate, ar deriva din preocupări fireşti, care se izolează din integrarea normală a trăirilor şi comportamentelor, se impun ca o temă specială, care preocupă apoi rigid subiectul. Ideea respectivă îi ocupă tot timpul, face ca viaţa sa să devină monotonă, lipsită de diversitate şi firesc. Integrarea socială se perturbă în aceste împrejurări, comportamentul social ajunge să fie insuficient de motivant pentru colaborarea cu ceilalţi. Şi, în acest caz, ca şi în cel al anorexiei mentale, subiectul ajunge să nu mai poată controla conduitele sale aberante. Iar argumentarea raţională a celorlalţi e neoperantă. El trăieşte până la un punct decontextualizat în raport cu varietatea situaţiilor vieţii de zi cu zi. Ceea ce s-a spus despre raţionamentul anormal privitor la eventualităţi nefavorabile aminteşte de acel aspect al obsesionalităţii în care subiectul anticipează lucid ceea ce ar urma să facă. Si îşi imaginează eventualităţi de acţiune pentru diverse variante în care s-ar putea desfăşura lucrurile.

- Într-adevar, interveni Alexandru, acest aspect al dismorfofobiei – aceasta e denumirea tehnică pentru tulburarea ce a fost comentată - a fost plasat de cercetători în spectrul maladiv al tulburării obsesiv-compulsive. Dar dismorfofobia poate să se manifeste nu doar delirant. Cel mai des ea se prezintă ca idee prevalentă. Iar în unele cazuri ea poate apărea ca obsesie, ca temă intruzivă**,** repetitivă. Subiectului îi apare ideea: „faţa mea e urâtă, diformă,.... nasul parcă e mai strâmb...”; şi el critică această idee, caută să o îndepărteze. În situaţii speciale, de exemplu atunci când începe o relaţie romantică, poate de asemenea să apară obsesiv preocuparea: „dacă nu arăt bine?” dacă trupul meu nu e armonic şi atractiv”? O astfel de preocupare anxios–fobic-obsesivă poate apărea şi după un accident, când omul se gândeşte obsesiv-anxios-fobic la eventualitatea de a nu rămâne cu un defect, cu o stigmă.

La fel stau lucrurile cu preocuparea faţă de boală, cu hipocondria. Omul poate fi îngrijorat la modul firesc de eventualitatea unei îmbolnăviri, atunci când împrejurările o sugerează. Iar anxietatea fobică, privitoare la îmbolnăvire sau la importanţa pe care o are o stare patologică, poate fi disproporţionată în raport cu realitatea. Pot apărea apoi idei obsesive legate de o boală anumită, pe care subiectul le critică şi împotriva cărora luptă. În continuare, tema bolii ajunge să fie prevalentă; subiectul este preocupat de boală împotriva evidenţelor, a documentaţiei şi afirmaţiilor medicale. Această fascinaţie prevalentă faţă de boală, această tulburare a hipocondriasisului e de acelaşi model ca principalul mod de manifestare al dismorfofobiei. În continuare, se poate ajunge şi la stări hipocondriace delirante, cu tematică fantastică: subiectul poate fi convins că e bolnav de sifilis şi că a infectat toată planeta. Sau că aspectul său corporal e ca al unui balaur ce îngrozeşte copiii. Există, deci, o deosebire între tema preocupării şi modul său psihopatologic de manifestare.

- Alexandru a relatat odată despre o pacientă care era convinsă că e infestată cu viermi care circulă sub piele. Probabil că aceste cazuri înclină mai mult spre delir decât spre obsesie sau prevalenţă.

- Da, e vorba de delirul dermatozic, descris de Eckbom. Dar nu e clarificat nici azi dacă pacienta nu resimte realmente senzaţii particulare subcutanate. La fel cum unii hipocondriaci s-ar putea să integreze particular informaţiile ce vin din corpul lor, având şi o sensibilitate crescută la durere. Există o teorie care pune accentul, în unele deliruri, pe distorsiunea sintezei cognitive periferice, urmată de un raţionament interpretativ firesc. De exemplu, dacă nu recunosc perceptiv o persoană familiară, trag concluzia că este un străin prezent în casă.

- Poate la fel se petrec lucrurile la obsesivii ce se simt contaminaţi, a intervenit Eduard. Schema corporală, bazată pe integrări informative în cortexul

parieto-temporal, reprezintă neuropsihologic delimitarea propriului corp, delimitând zona sa internă de lumea sa exterioară. Limite ce sunt resimţite ca protejând prin piele interiorul sinelui - adâncit în corp - de orice agresiune din afară. Dacă sinteza schemei corporale e fragilă, limitele tegumentare şi-ar pierde semnificaţia protectoare. Iar sentimentul invaziei prin microbi nevăzuţi s-ar impune.

- Desigur, schema corporală e o instanţă neurocognitivă esenţială în delimitarea psihismului individual, stând la baza imaginii corporale prin care ne relaţionăm cu alţii. În această zonă se localizează şi un alt sindrom interesant, ce constă în convingerea persoanei că emană un miros neplăcut pe care îl şi percepe, fiind convinsă că îl simt şi alţii ca neplăcut. Urmează evitarea prezenţei sale în societate, spălări interminabile, utilizarea de parfumuri puternice etc. Suntem aproape şi de dismorfofobie şi de obsesionalitate şi de anxietatea socială, cu particularităţile implicării cvasihalucinatorii a simţului olfactiv.

- Problematizarea, prin diverse trăiri exagerate sau anormale a prezenţei în faţa altora, nu se corelează doar cu percepţia senzorială şi aspectul, ci şi cu performanţa. Fobia socială constă într-o hiperemotivitate în raport cu situaţia de a se manifesta performant în faţa unor evaluatori. Subiectul poate trece cu uşurinţă un examen scris. Dar dacă trebuie să răspundă oral, privit de către alţii, se pierde, roşeşte şi eşuează. Şi la fel dacă trebuie să susţină o expunere sau să-şi pledeze cauza într-o audienţă. Ulterior, el se poate teme de faptul că va roşi în public, atrăgând astfel atenţia celorlalţi. Şi evită astfel de situaţii. Redusa asertivitate, fragilitatea stimei de sine, hiperemotivitatea, problematizarea eventualităţilor şi unele întâmplări accidentale prelucrate obsesiv, întreţin tulburarea.

- Rezultă din cele discutate că felul în care subiectul îşi resimte trupul şi îl implică în relaţionările sociale, e deschis spre multiple manifestări anormale, putând evolua până la delir.(**1**) În cele din urmă, pentru fiecare om, propriul trup nu

e doar sediul în care se desfăşoară durerile, bolile, ci şi locul în care el plasează sufletul, mintea, identitatea sa. Şi, în plus, trupul e, pentru orice subiect, principalul instrument de acţiune, de comunicare.

Ar fi interesant dacă la astfel de discuţii ar participa şi d-nul profesor P.

*

* *

La sfârşit de săptămână s-au reunit cu toţii, împreună cu profesorul P, în casa lui Vasile. Alexandru a rezumat cele discutate împreună in prealabil.

- Am discutat, a început Alexandru, despre unele persoane care se preocupă exagerat şi anormal de corpul lor. Unii se tem sau sunt convinşi că sunt bolnavi de o suferinţă gravă sau particulară. S-a menţionat şi cazul, rar de altfel, a celor care cred că sub piele circulă viermi, precum şi cel al obsesivilor ce simt că sunt contaminaţi prin piele cu microbi sau substanţe. Alţii problematizează aspectul corporal, considerându-se urâţi şi neatractivi, solicitând operaţii estetice repetate. Sunt tinere care se tem de îngrăşare, ţin diete absurde şi îşi provoacă vărsături până ajung la caşexie. Sau tineri ce fac în exces exerciţii şi consumă anabolizante pentru a avea un corp cât mai musculos. În sfârşit, sunt persoane ce se abţin să se manifeste în public, temându-se de evaluarea negativă a celorlalţi. Multe dintre aceste cazuri, care alunecă din modelele fireşti de comportament, par a avea o stimă de sine vulnerabilă, problematizând relaţionarea. Ne interesează însă şi manifestarea persoanei în relaţie afectivă cu ceilalţi.

- Ceea ce aţi discutat e deosebit de interesant şi important pentru structura şi dimensionarea psihismului uman, a început să vorbească profesorul P, deoarece aduce în lumină înrădăcinarea corporală a acestuia. Preocuparea faţă de evaluarea socială e o constantă a existenţei fiecăruia. Dar poate merită să fiţi atenţi şi la ansamblul relaţionărilor subiectului cu ceilalţi, care se realizează după o diagramă intim – public. În raport cu persoanele familiale, apropiate sufleteşte de

noi, ne comportăm spontan, fără prea multe deliberări şi analize ale eventualităţilor ulterioare. Când ne raportăm însă la cineva mai distanţat psihologic de intimitatea noastră, suntem mai precauţi şi controlaţi. Faţă de persoanele oficiale avem grijă să ne manifestăm astfel încât acestea să ne perceapă aşa cum dorim noi să fim percepuţi, ca aspect, performanţe, calităţi. Şi la fel faţă de acele persoane străine, cu care intrăm în relaţie în diverse situaţii, şi care au anumită semnificaţie pentru noi. În sfârşit, pe această linie ierarhică, se poate ajunge la un nivel unde celelalte persoane sunt considerate în bloc şi într-o manieră abstractă ca "ceilalţi". Această instanţă generică se poate obiectiva în instituţii, personaje mediatice, legendare, supranaturale. Sau pur şi simplu rămânând o instanţă impersonală, instanţa "ei", "ceilalţi", "oricine".

Am prezentat acest scenariu natural şi bine cunoscut tuturor deoarece, deşi e banal, cercetările de psihologie a persoanei în această direcţie sunt puţin dezvoltate. Psihologia, ce s-a constituit ca ştiinţă experimentală de laborator în sec. XIX, a rămas circumscrisă în aria evaluărilor riguroase şi reproductibile. Ceea ce e destul de dificil în cazul dragostei sau a dinamicii afective pe axa intim - public. Desigur, sunt cercetări importante de psihologie socială în această direcţie. Iar actualul interes crescând psihologico-cognitivist şi fenomenologic, privitor la studierea sinelui, este promiţător. În discuţiile privitoare la anormalitatea psihică, la psihopatologie, s-ar putea ca această perspectivă să fie utilă şi interesantă.

- Acest interes a fost sesizat de filosofia fenomenologico - existenţialistă de la începutul sec. XX, a remarcat Eugen. Este celebră cartea lui Max Scheller despre formele bazale ale simpatiei. Şi Jaspers s-a oprit asupra relaţiei duale din dragoste. Desigur, aceste abordări nu sunt din aria celor ştiinţifice, de evaluare cantitativă.

- Se pare că literatura a fost principalul laborator de cercetare a trăirilor relaţionale, mai ales în aria dragostei, a remarcat Vasile. În legătură cu trăirile

conflictuale pasionale, se poate remarca faptul că Othello o ucide pe Desdemona, având sufletul răscolit şi aprins, ardere care îl conduce imediat şi la sinucidere. Gelozia nu reprezintă o temă rece, care se pretează uşor la o cercetare sistematică minuţioasă; sau pe care subiectul să o poată povesti degajat altora.

- Desigur această perspectivă a distanţelor psihologice se evidenţiază destul de clar în dragoste, fenomen ce apare pe fundalul relaţiei de ataşament care se constituie în primii ani de viaţă. Iniţial, două persoane se întâlnesc incidental, se cunosc, se plac şi încep să se frecventeze tot mai mult. Când dragostea e în focul desfăşurării sale, între cei doi se stabileşte o comuniune sufletească, o interpătrundere dual intimă, astfel încât ei se retrag dintre ceilalţi. Şi, stând doar între ei doi, petrec timpul în tăcere, fără a vorbi. În interiorul câmpului dragostei, ei se înţeleg din priviri şi gesturi discrete. Fiecare ştie ce e în sufletul celuilalt, care îi sunt gândurile şi intenţiile. La fel, ei îşi ghicesc dorinţele. Comportamentul de relaţionare e spontan, nejucat. Nu e nevoie de îngrijiri cosmetice sau de îmbrăcăminte deosebită, nuditatea fiind acceptată şi chiar dorită. Te îmbraci cu grijă, te dichiseşti şi îţi controlezi comportamentul doar când mergi în piaţa publică, printre necunoscuţi sau oficialităţi. Faţă de aceştia trebuie să arăţi "bine", să fii uneori atractiv şi performant, să te comporţi astfel încât să te perceapă favorabil.

Dar intimitatea dual a dragostei acute şi fierbinţi se poate estompa. Şi apoi răci. Cele două persoane se pot îndepărta treptat sufleteşte una de alta. O vreme, când încă mai ţin reciproc unul la altul sau ceva îi mai leagă, între ei pot izbucni certuri mai mult sau mai puţin vehemente. Iar în caz de despărţire, poate un timp persista ura şi dorinţa de răzbunare. Dar legătura afectivă şi sentimentele pot deveni tot mai palide, până la a se stinge complet. Ei devin indiferenţi unul faţă de altul, îndepărtaţi, ca doi străini.

Chenar 21

Relaţionarea interpersonală pe axa intim public

zona intimităţii	zona de apropiere	zona oficială şi a cunoştinţelor vecini	zona publică
secret personal	rude apropiate	persoane oficiale	persoane publice
sine intim subiectivitate „agenţie”	familie prieten intim	colegi cunoştinţe	cunoştinţe circumstanţiale
„apartenenţă”			„oricine”

Străini

interpătrundere afectivă
intercunoaştere şi
interinfluenţare reciprocă

lipsa relaţiilor directe
relaţionare circumstanţială
indiferenţă reciprocă

Reţeaua interpersonală proximă constă din persoanele ce se cunosc direct şi se leagă mai mult sau mai puţin una de alta, influenţându-se reciproc; fiecare persoană din reţea are o proprie reţea interpersonală la care subiectul ar putea avea acces

Dinamica distanţelor afective interpersonale

apropiere treptată — îndepărtare treptată

- Dragostea înseamnă desigur o împărtăşire sufletească totală cu celălalt, ce se cuibăreşte în intimitatea cea mai adâncă a sufletului celui iubit, în toposul secretelor sale celor mai intime. De aceea, infidelitatea şi trădarea în dragoste este resimţită aşa dureros. Mai ales dacă cel infidel comentează cu amantul intimităţile trăite. În romanul *Legături primejdioase*, Laclos aduce în scenă cazul unei tinere ce se lasă sedusă de un cuceritor experimentat şi, în pat cu acesta, râd de tânărul ce o iubeşte sincer, compunând împreună scrisori mincinoase. E de înţeles revolta cutremurătoare a celui înşelat când află adevărul.

- Relaţionarea afectivă de tipul dragostei poate intra, sub o formă particulară, în scenariul psihopatologic al convingerilor delirante, a intervenit Alexandru. Există un sindrom al "erotomaniei" în care pacientul e convins că o persoană de sex opus, care de obicei ocupă o poziţie socială înaltă, s-a îndrăgostit de el şi îl iubeşte fără limite. Iar în acest sens interpretează orice gest, vorbire sau manifestare a acestuia, care deseori nici nu-l cunoaşte. Sau care încearcă cu disperare să scape de avansurile şi insistenţele absurde ale îndrăgostitului.

- În Cartea *Amintiri din casa morţilor* – a intervenit din nou Vasile, Dostoievski aminteşte de un sărman deţinut, condamnat la o teribilă bătaie cu vergi, care era convins că fiica comandantului e nebuneşte îndrăgostită de el şi îl va scăpa. Şi a fost cumplit de dezamăgit când i s-a aplicat pedeapsa.

- În psihopatologie există şi un delir de gelozie. Am întâlnit un caz care era convins că soţia îl înşeală cu toate oficialităţile oraşului, motiv pentru care s-a mutat din localitate. Dar şi în noua urbe s-a impus ideea infidelităţii, numărul oficialităţilor ce au devenit amanţi ai soţiei depăşind o sută. Aşa că s-a mutat din nou. În noua locaţie, când cifra a depăşit două sute, a putut fi internat.

- Până să ajungă delirantă, gelozia poate fi normală, justificată; sau doar exagerată. Sunt şi persoane "obsedate" de ideea geloziei. Şi altele pentru care această temă devine o preocupare prevalentă, tot mai aberantă. Bărbatul îşi

suspectează soţia de câte ori se duce la salonul de cosmetică sau se îmbracă mai deosebit. Dacă la o reuniune vorbeşte mai mult cu cineva, devine bănuitor. O urmăreşte când merge după cumpărături, cronometrează timpul pe care îl face de la serviciu până acasă, pleacă în delegaţie şi se întoarce inopinat, pentru a o "surprinde în flagrant" etc.

- Gelozia, la fel ca preocuparea faţă de boală sau faţă de aspectul corporal, poate îmbrăca deci forme variate de trăiri anormale, de la o preocupare anxios fobică, la una obsesivă, prevalentă sau delirantă. Preocuparea pentru fidelitatea partenerului diferă însă de celelalte tipuri şi teme anormale, prin faptul că în acest caz se conjugă, coexistă atât ataşamentul, cât şi suspiciunea. Dragostea apropie sufleteşte, suspiciunea îndepărtează. Suntem în plină dinamică psihologică ambivalentă.

- Relaţii intime se desfăşoară nu doar între îndrăgostiţi, ci şi în cadrul familiei. Între părinţi şi copii are loc aceeaşi înţelegere tacită, cunoaştere a intenţiilor doar din priviri şi mici gesturi, anticipări ale gândurilor, influenţarea mutuală a atitudinilor şi acţiunilor, deseori fără nicio solicitare explicită. Cei ce cresc şi trăiesc într-o familie se cunosc foarte bine unii pe alţii şi se interinfluenţează reciproc continuu. De aceea, e ciudată situaţia când un tânăr declară ferm că părinţii săi nu sunt cei adevăraţi, că au fost înlocuiţi; iar adevăraţii părinţi sunt alţii, uneori personaje ale vieţii publice. Până la un punct, o situaţie similară e prezentă când soţul e convins că soţia a fost substituită cu un spion pentru a-i supraveghea continuu viaţa intimă. În ambele cazuri pare a fi perturbată recunoaşterea perceptivă a feţelor familiare, poate fi tulburat sistemul de evaluare a familiarităţii. Dar în cazul delirului de descendenţă ilustră, problematica de bază este cea a identităţii subiectului însuşi. Părinţii sunt un simbol şi un argument al identităţii personale, la fel ca numele, biografia şi profesia. Dat fiind pluridеterminismul identităţii personale, delirul cu această tematică se poate

manifesta nu doar în direcţia universului familial, ci şi în zona vieţii publice. Subiectul se poate crede descendent din Napoleon sau o reîncarnare a acestuia, chiar dacă nu îşi renegă părinţii. După cum poate fi convins că a devenit Preşedintele Republicii, a primit o misiune divină sau e o reîncarnare a lui Iisus Christos.

- Şi Don Quijote îşi schimbă identitatea când devine cavaler rătăcitor.

- Oare delirul de posesiune demoniacă nu gravitează tot în această zonă a perturbării identităţii, a unităţii identitare a persoanei?

- Foarte probabil că ar putea fi calificat ca incluzându-se în această clasă. Identitatea subiectului nu e un bloc monolit sau o cărămidă identică doar cu sine şi care se poate alipi de altele doar cu mortar. Dacă omul nu şi-ar împărtăşi sufletul cu alţii nu ar fi posibilă dragostea dintre iubiţi sau dragostea de mamă. Şi nici apropierea sau prietenia cu alţii. Fiecare l-ar ţine pe celălalt la distanţă, după un gard de sârmă ghimpată, închizându-se în ograda sinelui său clar delimitat. Şi nu doar cu alţii ne identificăm noi, ci şi cu eroii de poveste, cu eroii ideali. Când se roagă fierbinte, subiectul părăseşte ceva din identitatea sa lumească, pentru a se uni cu instanţa divinităţii. În mod similar el s-ar putea simţi invadat de diavol, fie că se luptă cu acesta fie că i se supune.

- Am văzut în clinică un caz, a intervenit Alexandru, care de câte ori intram în salon, începea să înjure; dar tot timpul se scuza, spunând că nu el e cel ce se manifestă astfel, ci diavolul din interiorul său.

- De fapt, despre dedublarea persoanei am vorbit deja în primele capitole. S-a folosit şi se foloseşte termenul de „disociaţie a conştiinţei” în sensul unei astfel de dedublări, mai ales comportamentale, cum ar fi deplasările sau „fugile” ce se petrec fără o suficientă luciditate reflexivă a conştiinţei. Vechea denumire de personalitate multiplă a fost înlocuită în DSM IV TR cu cea de *Tulburare disociativă a identităţii.* Sensul dedublării e mai larg, incluzând şi fenomenele

egodistone obsesive. Şi, desigur, până la un punct şi delirul de posesiune demoniacă sau zoopatică.

- Dar să revenim la universul preocupărilor zilnice şi la alunecarea acestora spre delir. Psihopatologia încearcă, bineînţeles să descifreze mecanismele şi cauzele ce conduc la astfel de trăiri caricaturale. Dar în prima fază se cere un inventar şi o descriere cât mai completă.

Relaţiile dintre îndrăgostiţi şi cele din familie se desfăşoară în zona intimă a raporturilor dintre oameni bazate pe încredere şi ataşament. Faţă de persoanele străine însă, încrederea şi ataşamentul nefuncţionând apriori, atitudinea iniţială e precauţia, chiar dacă ea se acoperă deseori de o politeţe şi amabilitate binevoitoare. Iar suspiciunea se instalează imediat ce apar indici a unei eventuale intenţii răuvoitoare din partea acestora.

- În această direcţie, în psihopatologie se descrie sindromul delirului paranoid, spuse Alexandru. În săptămâna ce a trecut au fost comentate la clinică patru cazuri.

A. Un bărbat extrem de suspicios şi procesoman;

B. O persoană de 60 ani ce era convinsă că familia şi vecinii o fură şi vor să o otrăvească;

C. Un tânăr ce avea impresia că pe stradă toată lumea îl priveşte în mod special, iar la serviciu toţi îl bârfesc şi râd de el;

D. O femeie de 35 ani ce se simţea persecutată şi supravegheată peste tot cu aparate: avea impresia că la televizor se vorbeşte despre ea şi că i se transmit mesaje, că i se ghicesc gândurile şi i se dirijează acţiunile.

- Faptul că oamenii se duşmănesc, se supraveghează şi îşi fac rău unii altora nu se întâlneşte din păcate doar în aria anormalităţii psihice. Confruntarea şi lupta dintre oameni, suspiciunea, persecuţia, spionajul, denigrarea, fac parte din desfăşurarea dramatică a existenţei noastre de zi cu zi, la fel ca dragostea, prietenia

şi într-ajutorarea. Şi la fel, el se desfăşoară la nivelul marii societăti. Mai ales sistemele politice totalitare au cultivat o suspiciune şi un spionaj generalizat. Trebuie să fie la mijloc deficite şi distorsiuni psihice sau neuropsihice pentru ca o anumită persoană să cadă din firesc în patologie.

- Alunecarea spre psihopatologie poate fi graduală. Diferenţa poate ţine de biografie şi de temperament. Desigur, dacă prin temperament înţelegem şi cât de dotat este individul cu capacităţi cum ar fi acelea de a se deschide spre alţii şi a-i iubi, a fi suspicios, a se bucura şi întrista. Când e capabil sau predispus spre suspiciune şi, în plus, are şi unele motive de a fi aşa, omul e mai atent la ce se întâmplă. El reţine şi dă importanţă unor atitudini şi vorbe, le detaşează de rest, le scoate în relief, le analizează atent. Atenţia sa selectivă poate de la un moment dat să ignore varietatea şi bogăţia fenomenelor vieţii curente, în care cearta şi împăcarea se succed, în care sunt inevitabile şi mici nedreptăţi şi vorbe jignitoare. Care sunt însă contrabalansate de acte generoase şi de laude. De-diferenţierea în selecţia informaţiilor, cu reţinerea doar a acelora cu semnificaţie negativă, ar putea fi unul dintre mecanismele ce conduc la creşterea în avalanşă a suspiciunii. Deficienţa de selecţie, de ierarhizare şi de valorizare a informaţiilor, poate juca un rol şi în dismorfofobie, hipocondrie sau gelozie. Se mai discută şi de un alt mecanism psihologic deficitar, al scurtcircuitării concluziei, a saltului rapid al raţionamentului de la informaţie la consecinţe, fără progresul metodic al testării ipotezelor. Precum şi de deficienţa unui mecanism firesc de îndepărtare a concluziilor eronate, dacă ele s-au instalat. Oricum, persoana paranoică ajunge să trăiască cu aceste simplificări şi distorsiuni cognitive. (**2**)

Un delir monotematic paranoiac poate fi dezvoltat de unele personalităţi aparte pornind de la mici eveimente reale, care pot fi interpretate din variate perspective. Dar pe care el, la momentul respectiv le suprasemnifică ca un prejudiciu sau nedreptate ce i s-a făcut. Iar ulterior, această temă se autoamplifică,

pe drumul deficitar al constituitii delirului. Aşa era cazul A. Un bărbat de 45 ani se află de 3 ani în procese, pornind de la o nedreptate cu totul minoră. După ce a pierdut toate recursurile, a ajuns la Curtea Supremă. A dat apoi în judecată pe judecătorii acestei curţi la Haga şi l-a reclamat pe Preşedintele ţării, care nu i-a făcut dreptate, la secretarul General al ONU.

- Dincolo de suspiciune şi sentimentul frustrării, oamenii pot trăi şi îşi pot imagina multe rele pe care alţii sunt pe cale să i le facă; sau pe care cred că deja i le-au făcut. Într-un alt fel de scenariu delirant persecutoriu, paranoid, se pot întâlni : ideea că alţii îl pot prejudicia pe subiect, îl pot fura, pot pune la cale eliminarea sa din poziţiile sociale ce le ocupă, pot atenta la libertatea şi sănătatea lui, pot plănui să - îl schingiuiască sau să îl - omoare. Subiectul poate identifica precis unele persoane răuvoitoare din rândul rudelor, vecinilor, colegilor de serviciu. Sau duşmanii sunt mai vag identificaţi. Ei se coalizează şi complotează, pot face parte din Asociaţii interne cunoscute sau din Organizaţii internaţionale, ca Mafia sau Masoneria. Persecuţia poate fi pusă pe seama unor instituţii ca Serviciul de informaţii, CIA, ONU. Sau sunt invocaţi extratereştrii, eventual forţele manipulate de diavol. Abstractizarea şi ciudăţenia agenţilor de persecuţie are şi ea o semnificaţie pentru precizarea zonei de psihism perturbată, a tipului de delir de care suferea un pacient.

În cazul B era vorba de o persoană mai în vârstă, cu un început de ateroscleroză. Cei răi şi ostili erau identificaţi în câteva persoane concrete din jur: un nepot care s-a coalizat cu doi vecini. Subiectul era convins că aceştia îi fură banii şi obiectele personale – pe care nu le mai găseşte, uitând unde le-a pus - şi vor să îl otrăvească. Căci simţea un gust deosebit în mâncare.

- Dar ce era cu tânărul acela care se simţea privit aparte?

- Cazul C se referă la un bărbat care avea sentimentul, mergând pe stradă, că toţi îl privesc cu curiozitate şi insistenţă, întorc capul după el, îşi fac semne când

trece. Şi, privindu-l, parcă încep să discute despre el, bârfindu-l, comentându-l negativ. Când ajungea la locul de muncă de asemenea avea impresia că atrage atenţia tuturor, stârneşte comentarii şi zâmbete ironice. Parcă ceilalţi ar glumi pe seama sa sau şi-ar bate joc de el. Uneori avea impresia că şi aude cum îl denigrează. Sau, selecta fragmente de conversaţie pe care apoi le interpreta ca făcând aluzie dispreţuitoare la el, umilindu-l. Trăirile sale se înscriu în simptomatologia aşa zisului delir senzitiv de relaţie descris de Kretschmer în prima jumătate a sec.XX. Această stare psihopatologică se referă la persoane cu fire sensibilă şi emotive, care, luând ca punct de plecare mici incidente sociale în care s-a făcut de ruşine – sau a trăit impresia unei astfel de situaţii – dezvoltă convingeri delirante ca cele de mai sus. Tema invocată e uneori un secret personal pe care subiectul îl considera ruşinos, de exemplu masturbarea.

- Faptul de a fi senzitiv după ce ai trăit o reală ruşine publică, gândindu-te că lumea te priveşte atent şi cu interes, cu referinţă la evenimentul respectiv, poate fi o reacţie normală şi comprehensibilă. Chiar şi atunci când cineva a făcut o faptă reprobabilă care nu e cunoscută realmente de alţii, el poate avea în public sentimentul penibil că alţii îl privesc ciudat, parcă i-ar cunoaşte secretul. Fenomenul a fost descris la fete, după viol. De altfel, trăiri de tip senzitiv relaţional se întâlnesc şi la persoanele cu dismorfofobie, la cele anorexice sau cu delir osmotic. O stimă de sine redusă şi sentimentul ruşinii întreţin astfel de trăiri.

- Ruşinea, a intervenit Vasile, a jucat un rol important în viaţa oamenilor o foarte lungă perioadă de timp, corelată cum e cu onoarea, demnitatea şi respectul public. Lipsa ruşinii, neruşinarea, era considerată un semn caracterial negativ, un viciu. Ruşinea a intrat şi în sistemul juridic al pedepselor, prin condamnarea la oprobiul public, prin punerea la “stâlpul infamiei”. În Germania, la Rottenburg am vizitat un muzeu al justiţiei din epoca medievală, unde erau expuse măşti de animale – de porc, de maimuţă etc. – ce se puneau pe faţa celui condamnat să stea

în piaţa publică şi să suporte pedeapsa batjocurii comunitare. Lumea trecea veselă şi glumind în faţa celui ce a ajuns de râsul tuturor, demn de batjocură.

- Trăirea ruşinii e un sentiment uman din seria negativă ce poate evolua în marginea depresiei şi obsesionalităţii. Întâmplările ce lasă în urma lor sentimentul vinovăţiei sau al ruşinii revin un timp obsesiv în minte, la fel ca în cazul unei spaime puternice. Suntem evident într-un plan în care psihologia umană diferă de cea animală. Probabil că evoluţia din perioada antropogenezei şi a vremii istorice a selectat un mod de funcţionare a creierului uman care-l face capabil de sentimentul vinovăţiei şi al ruşinii, dincolo de spaima ce o trăieşte şi animalul. Aceste trăiri se inseră în specificul uman al "creierului social". Faptul patologic de a se simţi în centrul atenţiei, poate fi şi el înţeles ca o activare aberantă şi nespecifică a mecanismului atenţional ce stă la baza funcţiei numite "teoria minţii" (ToM) sau mentalizare. Cercetările ontogenetice privitoare la dezvoltarea cogniţiei sociale au arătat că, în jur de trei ani, se instalează, relativ rapid, capacitatea copilului de a intui, a ghici şi citi intenţia celor prezenţi, doar privindu-i. Psihologia evoluţionistă susţine valenţa adaptativă a acestei capacităţi. Pentru omul în devenire, ce trăia în savana africană, colaborarea cu ceilalţi era mai adaptativă decât dezvoltarea capacităţilor individuale de apărare şi atac. Pentru aceasta e nevoie să existe abilitatea psihică de a detecta rapid intenţiile celuilalt, pentru a şti dacă poţi colabora sau nu cu el. De aceea, faptul de a privi faţa altuia e un element fundamental în perceperea oricărei situaţii relaţionale, desigur bine integrat în sinteza perceptivă. Inconştient, toţi suntem atenţi la faţa celor din jur. Şi, desigur, şi ceilalţi ne privesc şi sunt fugitiv atenţi la noi. Ceea ce fiecare dintre noi ştie preconştient. Sentimentul patologic, de a fi privit şi de a fi în atenţia celorlalţi, ar putea fi probabil analizat ca o dezimplicare şi trecere în prim plan a acestui mecanism automat al atenţiei reciproce dintre oameni. (**3**)

- În universul patologiei paranoide, sentimentul de a fi obiectul unui interes şi al unei supravegheri deosebite din partea altora are o amploare mult mai mare decât sentimentul de a fi privit, a intervenit Alexandru. Pacienţii, aşa cum era şi cazul D, au sentimentul că sunt urmăriţi pe stradă de necunoscuţi. Uneori aceştia se schimbă între ei, continuă urmărirea din maşini sau chiar din avioane şi sateliţi, când ajung în locuri mai izolate. Urmărirea şi supravegherea se poate face şi prin intermediari. Pot fi implicaţi colegii, prietenii, vecinii, chiar cei din familie. Aici se înscrie şi convingerea în substituirea de persoane, ca în sindromul Capgras: soţul, de exemplu, a fost înlocuit de un spion duşman, deşi ca înfăţişare e la fel; prin aceasta, supravegherea se continuă în intimitate. Pot fi bănuite şi vizite inopinate la domiciliu în absenţă, vizitatorii căutând prin sertarele şi hârtiile personale.

Sentimentul unei supravegheri permanente se completează prin intervenţia tehnicii. Pacienţii relatează că în camera în care se retrag se află instalate microfoane şi camere de luat vederi, că li se ascultă telefoanele şi li se interceptează scrisorile, că sunt fotografiaţi şi filmaţi de la distanţă, că prin intermediul televizorului şi internetului sunt supravegheaţi şi spionaţi continuu.

- Este evident că această patologie perturbă mecanismele psihice care reglementează controlul şi partajarea între viaţa intimă şi cea publică. O astfel de supraveghere nu mai lasă loc pentru intimitate şi secrete personale.

Pe de altă parte, întreaga recuzită a supravegherii şi urmăririi pe care o simte şi o relatează paranoidul, e în mod clar derivată din practicile curente de spionaj şi control social. Mai ales statele totalitare au excelat în încercarea de a pune sub control viaţa cât mai multor indivizi, pentru a descoperi la timp "duşmanul" societăţii, oriunde s-ar ascunde. Dosarele securităţii, care acum pot fi consultate, abundă de agenţi care supraveghează şi dau note informative, recrutaţi dintre colegi şi cunoştinţe. Iar ascultarea convorbirilor telefonice, controlul corespondenţei şi plasarea de microfoane în intimitate, erau practici obişnuite, dacă

interesul Securităţii pentru persoana respectivă era mai mare. De fapt, acestea sunt tehnici ce fac parte din recuzita oricărui serviciu de informaţii şi spionaj.

- O carte excelentă de ficţiune privitoare la regimul totalitar a scris pe vremuri Orwell, “Anul 1984”. Dar atmosfera respectivă se întâlneşte şi în multe romane de la noi, a intervenit Vasile.

- De fapt, sistemul de supraveghere publică a cetăţeanului s-a dezvoltat sistematic în civilizaţia Europei mai ales în sec. XVIII, cel al Raţiunii, al Luminii. O documentaţie şi argumentaţie convingătoare în această direcţie se găseşte în lucrările lui Foucault, mai ales în “A supraveghea şi a pedepsi”.

- Suntem, desigur, la acelaşi nivel de analogie şi corespondenţă între dimensiunea socio-culturală şi cea psihologică pe care l-am întâlnit în cadrul obsesionalităţii, în marginea ideii de ordine.

- Analogiile pot fi utile pentru a înţelege fenomenul uman în globalitatea sa şi a nu persista în iluzia că unele trăiri se petrec doar în psihopatologie, altele doar în istorie sau în relaţie cu fiinţa divină. De exemplu, cunoaşterea secretelor despre un om prin spionaj şi smulgerea lor prin ameninţare şi tortură, sugerează o analogie cu sentimentul citirii gândurilor pe care îl trăiesc unii deliranţi. Totuşi, se cere să rămânem la nivelul analogiei. Sentimentul patologic al ghicirii şi dirijării gândirii unui subiect mai are şi altă origine foarte îndepărtată, în anumite credinţe socio-culturale. Dumnezeu vede şi aude tot, poate decide şi soarta omului. După cum sunt şi argumente mult mai apropiate, ce provin din procesul normal al ontogenezei. Evidenţierea fenomenului ToM, al mentalizării, arată – aşa cum s-a menţionat - că în mod efectiv fiecare dintre noi citeşte în permanenţă gândurile celorlalţi şi alţii pe ale noastre. Fenomenul e banal şi preconştient. În psihopatologie se petrece tot preconştient, o dezimplicare şi manifestarea bizară, în prim plan, a unei trăiri ce în mod firesc e implicită şi banală. Dacă ţinem cont de procesul de ataşament, care e constitutiv pentru orice persoană în primii ani de

viaţă, precum şi de permanentul ataşament intim ce îl avem faţă de alte persoane apropiate nouă, poate identificăm un temei pentru a descifra şi alte fenomene psihopatologice care la prima vedere par stranii.

- Într-adevăr, zise Alexandru. Pacienta D avea impresia nu doar a cunoaşterii gândurilor, ci şi a dirijării şi impunerii lor. De asemenea, simţea că voinţa îi este substituită şi se comportă ca un automat dirijat de alţii. Dacă ne gândim la cele discutate aici despre legătura intimă dintre două persoane, - între mamă şi sugar, între doi îndrăgostiţi - e clar că între acestea există o influenţare reciprocă în atitudini, gânduri, opţiuni, decizii. Orice mamă poate să influenţeze în mare măsură, spontan şi fără discursuri, gândurile copilului ei, deciziile şi acţiunile sale. Şi la fel iubita pe ale iubitului. Dar în aceste contexte, nimeni nu se simte influenţat, dirijat anormal. În starea psihopatologică însă, toate aceste fenomene normale, ce se desfăşoară în intimitate, le găsim extrapolate în zona publică. Subiectul – pacienta D – era convinsă că gândurile îi sunt influenţate şi manipulate, impuse sau retrase, că acţiunile sale sunt dirijate din exterior. Că trăieşte ca un automat, transparent pentru alţii şi manipulat de ei. Astfel de simptome fac parte, în cadrul semiologiei psihiatrice, din aşa zisele „simptome de prim rang Schneider” ale schizofreniei.

- Se ridică problema dacă controlul diagramei intim - public, libertatea de a decide şi elabora ce să rămână în zona intimă şi ce să fie făcut public, au sau nu, şi ele, o semnificaţie adaptativă. Exemplul socio-cultural al războiului şi confruntării cu duşmanul sugerează un răspuns pozitiv. Cu cât cunoşti, prin spionaj, mai multe despre duşman, cu atât poţi să-ţi organizezi mai bine atacul şi îl poţi înfrânge. Hipercontrolul cetăţeanului de către statele totalitare pleacă de la premiza că aproape oricine e un potenţial duşman ce trebuie detectat din timp. Iar cunoaşterea intimităţii sale e o armă importantă pentru a-l neutraliza. Şi la fel la nivel interpersonal. Psihologia evoluţionistă consideră că mentalizarea, capacitatea

ToM, s-a dezvoltat ca funcţie adaptativă, pentru a detecta la timp şansele de colaborare. Dar şi pentru a identifica faptul dacă cineva a devenit duşman sau vrea să înşele subiectul. Această capacitate se dezvoltă şi în sensul abilităţii proprii de a înşela pe alţii. Înşelarea, groso modo vorbind, este considerată de evoluţionişti a fi, până la un punct, o funcţie adaptativă. Unii apreciază că şi autoînşelarea poate fi uneori adaptativă.

- Se pare că psihopatologia poate da lecţii psihologiei şi antropologiei. Evidenţa fenomenelor psihopatologice care exprimă perturbarea controlului pe diagrama intim - public, poate atrage atenţia asupra unor aspecte a căror organizare normală ar merita să fie mai temeinic studiată. Probabil că psihologii vor construi tot mai multe modele testabile pentru a descifra această funcţie; precum şi suportul neurocognitiv ce-i stă la bază. (**4**)

- Ar fi interesant, zise Eugen. Pentru că această funcţie s-ar putea să fie mai recentă decât altele. În cele din urmă, în raport cu cei peste 1.000.000 ani la cât e evaluată antropogeneza, diferenţierea între viaţa publică şi cea privată trebuie să se fi constituit în ultimul fragment de 10.000 ani, de când omul a devenit stabil, cultivând pământul, ridicând apoi localităţi şi oraşe, organizându-se în societăţi administrative ierarhice.

Să vedem ce vor stabili specialiştii.

Chenar 22

Simptomele de prim rang Schneider pentru schizofrenie

Simptomatologie corelată		Simptomele incluse de Schneider în lista sa
Delir de relaţie Kretschmer	Senzitivă	- halucinaţii auditive comentative (care comentează negativ valoarea subiectului; care comentează actele, intenţiile şi gândurile sale
Supravegherea intimităţii:		- cunoaşterea gândirii subiectului de către alţii (citirea, ghicirea, răspândirea gândurilor)
	Transparenţă xenopatică	- sonorizarea gândirii (ecoul gândirii) -supravegherea, dirijarea, contrafacerea
Urmărirea directă şi cu aparate		- impunerea (inserţia) gândirii -retragerea gândirii
	Influenţă xenopatică	- substituirea voinţei (deciziei) - dirijarea actelor (act impus) - pasivitate somatică (impunerea unor dureri, emoţii)
Fenomene de referinţă		
	Dispoziţie delirantă Centralitate – delir primar	
“totul în jur are o semnificaţie specială, ascunsă, distinctă de cea aparentă“		
“totul se referă la subiect, sunt mesaje care anunţă un eveniment important care-l priveşte”		

*

* *

În săptămâna ce a urmat, Alexandru a participat la Clinică la un curs despre delir. Şi-a notat principalele idei pentru a le discuta cu prietenii:

"Delirul este definit clasic, de la Jaspers încoace, ca şi o convingere totală, rigidă şi de neclintit într-o idee falsă, neadevărată, absurdă, convingere ce nu poate fi modificată prin argumente şi dovezi.

Această convingere se referă în primul rând la propria persoană, la o preocupare privitoare la poziţia sa în lume, în raport cu alţii şi cu sine. De aceea nu intră direct în orbita delirului propriu zis: - certitudinea perceptivă privitoare la o situaţie actuală; - ataşamentul la credinţele comunitare, religioase, în fiinţe şi evenimente transcendente; – aderenţa la convingerile unei socioculturi istorice, privind structura şi fundamentarea lumii, bazate pe interpretarea cunoaşterii – convingerile axiologice, privitoare la frumos şi bine, care sunt împărtăşite comunitar; - convingerile politice.

Corelarea convingerilor delirante cu problemele şi preocupările personale iese în relief mai ales în delirurile monotematice sistematizate. Delirul hipocondriac, dismorfofobic, de gelozie, de persecuţie şi prejudiciu etc., pot fi urmărite şi analizate pornind de la variantele nedelirante ale acestor preocupări. O situaţie problematică ce se impune: - de exemplu : "sunt bolnav?, soţia mă înşeală?, şeful mă defavorizează?" etc. – poate preocupa subiectul ce caută să iasă din incertitudine, să clarifice problema în vederea unui comportament adecvat. Această desfăşurare firească poate evolua însă deficitar, psihopatologic, trecând prin stări anxios fobice, obsesiv compulsive, prevalente, pentru a ajunge uneori, în final, în ipostază delirantă, în contextul unei stări psihice deficitare, decontextualizante. Cu toate că acest model al continuităţii poate fi urmărit pe o amplă cazuistică, varianta standard de ajungere la nivelul convingerii delirante psihotice se cere înţeleasă ca un salt discontinuu, ca o cădere pe o altă orbită. Tematica delirantă trebuie diferenţiată de structura formală a psihopatologiei delirante. Preocuparea hipocondriacă anxios fobică este formal distinctă de cea obsesiv impulsivă, de cea prevalentă şi de cea delirantă.

Convingerea delirantă - care se referă deci la o idee ce preocupă anormal subiectul, privitoare la poziţia sa în lume, în raport cu alţii şi cu sine - se instituie ca o temă ce se desfăşoară în plan lingvistic narativ. Chiar pentru subiect, ea nu e doar o trăire subiectivă; ci un răspuns la situaţia sa problematică, care poate fi formulat discursiv şi comunicat altora. Trecerea de la trăirea nemijlocită(„erlebniss" în germană), la aspectul "tematic" al delirului, se evidenţiază clar în cazul tulburărilor dispoziţionale de tip maniacal şi depresiv.

Psihopatologia dispoziţională maniacală şi depresivă se exprimă prin manifestări psihocorporale obiective şi subiective. În mania şi în depresia patologică subiectul resimte în prim plan o modificare de trăire a atitudinii faţă de sine, care se articulează strâns cu tulburările ritmului biopsihic şi o stare de inhibiţie/dezinhibiţie. De asemenea, el trăieşte variante aberante ale asertivităţii: autoafirmare şi autoapreciere, cu încredere în sine exagerată, în manie; - autodepreciere retractilă şi neîncredere patologică, în depresie. Raportarea la alţii şi la lume se plasează în plan secund. În formele nucleare ale maniei şi depresiei aceste trăiri sunt nemijlocite, netematizate. Sunt însă şi cazuri în care dispoziţiile se articulează cu o formulare tematică,

delirantă privitoare la propria poziţie în raport cu lumea, alţii şi sine. Trăirea nemijlocită maniacală se prelungeşte acum într-o tematică a grandiozităţii: capacitate de creaţie şi invenţie ieşită din comun, abilităţi extraordinare, bogăţie şi identitate deosebită. Subiectul poate prezenta, comenta şi argumenta altora aceste teme. În aria depresiei se agregă în varianta delirantă, o tematică micromană: nimicnicie şi vinovăţie absolută, ruină, anularea funcţionării corporale ca pas spre anularea totală a existenţei. Şi aceste teme pot fi formulate lingvistic, spre informarea altora.

O tematică delirantă specială este cea paranoidă, care se referă la convingerea în atitudinea şi acţiunea negativă a altora împotriva persoanei. Aceasta se raportează la aria relaţiilor interpersonale, care se desfăşoară între zona intimă şi cea publică. De aceea, ea se poate însoţi de sentimentul şi convingerea în supravegherii intimităţii. Procesul poate cuprinde, şi controlul gândirii şi al deciziilor intime, intrapsihice, prin trăirea unor fenomene de transparenţă şi de influenţă asupra gândirii şi acţiunii. Tematica paranoidă a manifestărilor ostile, a controlului şi influenţei se plasează şi ea în aria narativităţii lingvistice. Deşi, fenomenele de transparenţă şi influenţă în zona intimităţii, sunt în primă instanţă trăiri netematizate, neinterpretate. Implicarea instanţei lingvistic narative în structura fenomenului delirant apare cel mai clar în delirul confabulator parafren. La constituirea şi manifestarea sa contribuie în mod substanţial imaginarul, alături de eroi preluaţi din mitologie, istorie, naraţiuni fictive. Tradiţional se consideră că delirul parafren, care apare la persoane cu o configurare specială a psihismului, poate uneori coexista cu manifestări normale, într-o "dublă contabilitate" psihică.

Aspectul narativ tematic se manifestă în toate variantele de delir, chiar şi atunci când, din anumite motive, subiectul nu e comunicativ şi/sau prezintă o dezorganizare lingvistico - semantică, ca în schizofrenie. În schizofrenie, formularea lingvistică iese în evidenţă datorită marcării limbajului prin dezorganizare. Atât coerenţa exprimării cât şi îndepărtarea naraţiunii delirante de posibilul situaţional spre zone abstracte şi depersonalizate, fac ca delirul schizofren, pe lângă bizareria sa, să lase impresia unei îndepărtări de trăirea nemijlocită. Formulările apar uneori „metaforice", aluzive, misterioase.

Comentariul privitor la delir, la fel ca cel privitor la orice sindrom psihopatologic bazal, se poate face metodologic doar idealizându-l parţial, abordându-l ca o realitate singulară, tipică şi pură. Această idealizare e necesară şi pentru a indica zona psihismului uman a cărei variantă deficitar distorsionată o exprimă. Şi care, în cazul delirului, apare a fi cea a resimţirii şi reprezentării propriei identităţi biopsihice, în instanţa metareprezentativă şi biografică a sinelui. Sine identitar trans-actual, ce stă în spatele reprezentărilor situaţionale nemijlocite, a sintezei prezentului trăit.

În realitatea psihopatologiei clinice, delirul se întâlneşte însă rareori izolat. În afara continuităţii cu patologia anxios-obsesiv-prevalentă pe care o relevă delirul monotematic, şi de cea cu aberaţia poziţionării sinelui din patologia dispoziţională maniacal depresivă, delirul interferează frecvent cu disfuncţiile perceptive. Iar în cazul special al sczhizofreniei, cu patologia dezorganizantă şi depersonalizantă.

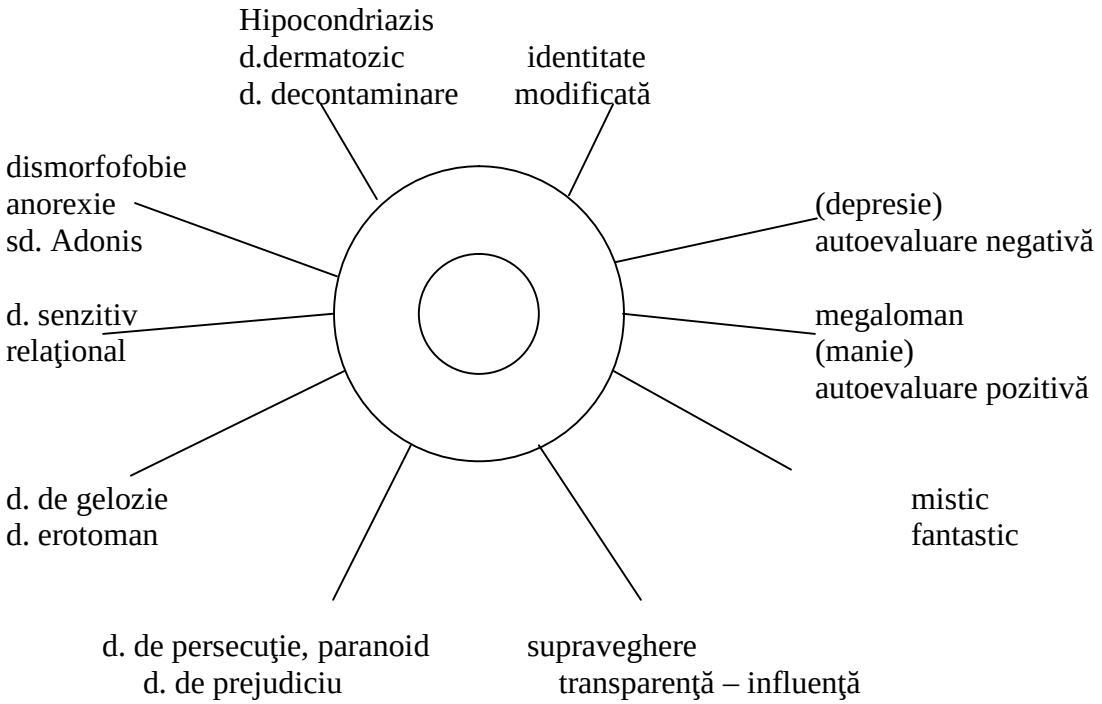
Corelaţia delirului cu tulburările perceptive poate fi urmărită mai ales în trei zone. În primul rând, se pot identifica iluzii şi tulburări de interpretare. Acestea, care se manifestă mai ales în delirurile monotematice, pot fi corelate cu perturbări ale sintezei periferice a informaţiilor. Informaţiile perceptive pot să nu fie identificate corect – ca în prosopagnozie –, pragul perceptiv să fie modificat sau percepţia să nu fie sintetică, unele detalii apărând izolat în prim plan şi fiind suprasemnificate.

Halucinaţiile sunt percepţii care nu au un suport informativ real. Până la un punct, ele pot fi interpretate prin medierea halucinaţiilor funcţionale, care constau dintr-o trăire de tip halucinator ce are ca suport o informaţie amorfă: pe fundalul zgomotului unei maşini ce trece, subiectul percepe voci care i se adresează. Această situaţie evidenţiază unul dintre aspectele bazale ale fenomenului halucinator: cea a proiectării în spaţiul înconjurător a unor trăiri care de obicei sunt resimţite în spaţiul interior. În acelaşi sens au fost comentate stările "oneiroide" din confuzia mentală, ca un "vis cu ochii deschişi". Vis care se mută din interioritatea intim subiectivă a somnului în exterioritatea lumii din jur. Halucinaţiile vizuale au mai fost corelate cu o capacitate deosebită de reprezentativitate a persoanelor cu imaginar bogat, pe fondul unei îngustări a câmpului de conştiinţă. Iar halucinaţiile auditive au fost, în unele situaţii, interpretate ca o proiecţie în exterior a gândirii şi rostirii interioare, inclusiv a dialogului interior. Mecanismele psihologice şi neurofiziologice ale patologiei halucinatorii se cer descifrate în continuare.

A treia zonă de interferenţă a delirului cu patologia percepţiei se referă la o trăire globală, de tip dispoziţional; şi constă în sentimentul de "centralitate", care e uneori evident de la debutul acestei patologii. Sentimentul şi convingerea "relaţiei senzitive" constă în impresia subiectului că e în centrul atenţiei celorlalţi, că toţi îl privesc în mod deosebit, eventual îl comentează. Într-o variantă mai accentuată, subiectul are sentimentul că "se întâmplă ceva deosebit şi important care-l priveşte"; iar datele perceptive sugerează acest lucru prin ambiguitatea semnificaţiei lor. El are impresia că nimic nu e întâmplător, că evenimentele banale – întâlnirea unei cunoştinţe, trecerea unei maşini de culoare roşie – au o semnificaţie specială, ascunsă, anunţând un eveniment excepţional pentru el. Comportamentul oamenilor, expresiile lingvistice şi simbolurile percepute, par a avea o dublă semnificaţie, cea ascunsă adresându-i-se. La televizor şi în ziare apar mesaje ce i se adresează, anumite cifre sau culori au o semnificaţie specială. Şi la fel privirile şi mişcările oamenilor. Pe acest fond, o percepţie banală, o amintire sau o intuiţie poate clarifica brusc tematica convingerii delirante, instalată acum după modelul "delirului primar"; e.g. "am fost ales şeful Mafiei internaţionale iar delegaţii acesteia mă vor căuta pentru a-mi preda puterea". (**5**)

În perspectiva unor modele ideale s-ar putea imagina o orbită a delirului pe care se ajunge – sau mai bine zis "se cade" – venind din diverse direcţii. Orbită - care se poate destrăma sau retrage şi încapsula, o vreme, în preconştientul psihismului. Această dinamică, dublată de intervenţia limbajului, ar explica şi faptul că, "convingerea nestrămutată", care e considerată o caracteristică a delirului veritabil, nu se întâlneşte totdeauna ca atare în cazurile reale.

Orbita tematicilor delirante



*

* *

În aceeaşi seară Alexandru l-a întâlnit pe Eugen şi i-a spus că a audiat un curs despre delir.

-Bănuiesc că la cursurile ce se ţin la voi, a replicat Eugen, nu se vorbeşte despre fanatismul celor ce cred într-o idee şi sunt gata să îşi dea viaţa pentru ea, de vraja dragostei sau de nebunia cea înaltă a crucii, ce stă în spatele pustniciei.

- Acestea nu sunt teme ale unei meditaţii ştiinţifice, a replicat puţin înţepat Alexandru. Totuşi, ascultând cursul, m-am gândit la o serie de lucruri pe care mi-ar face plăcere să le discutăm împreună.

Unul dintre acestea este faptul că patologia delirantă ne plasează foarte adânc în specificul uman al psihopatologiei. Dacă în manie şi depresie întâlnim o

serie de aspecte ce se întâlnesc şi în biologie, convingerea rigidă într-o temă neadevărată care să fie insensibilă la argumente, nu are cum să fie reprodusă pe modele animale. Putem desigur să ne referim la faptul că o serie de preocupări ce por deveni prevalent delirante, se articulează cu manifestări psihologice ce se întâlnesc şi în biologie : grija pentru sănătate, pentru o apariţie atractivă, ataşamentul faţă de un partener sexual ce poate germina gelozia, sentimentul ameninţării din partea unor conspecifici etc. Dar deosebirea e fundamentală. Şi în cazul stărilor maniacale şi depresive psihismul uman apare ca intens marcat de instanţa practicilor socio culturale : sărbătorile şi jocurile vesele, spectacolul comediei şi tragediei, ritualizarea doliului, trăirea penitenţei, lasă amprente în psihismul individual, prin exersarea unor experienţe de viaţă specifice universului uman. Dar în cazul delirului convingerea într-o idee, într-o temă, vizează preocupările personale ale subiectului şi implică logosul într-o instanţă a metareprezentării. Şi aceasta chiar dacă „ideea" ce preocupă subiectul priveşte propria poziţie în lume şi nu soarta comunităţii. Studierea bazelor cerebrale ale psihopatologiei delirului va trebui să aibe în vedere şi modelarea acestui aspect.

- Ceea ce interesant cu voi, psihopatologii, este că nu staţi liniştiţi în locuinţa voastră. Bolnavii psihici, deliranţii, vin la spital, îi tratezi, îi faci bine şi gata. La ce să te interesezi de cum e constituit psihismul uman?

- Poate pentru că, vrând nevrând, te izbeşti de nişte mărturii antropologice care te pun pe gânduri. De ex. la începutul XX. Jaspers sublinia cu tărie că fenomene ca cele ale delirului senzitiv relaţional, citirea gândirii, inserţia gândirii şi substituirea voinţei, fac parte din clasa celor incomprehensibile. Dar dacă la taxăm aşa, le lăsăm deoparte şi nu le mai studiem. Treptat însă am ajuns să înţelegem că supravegherea intimităţii de care se plâng unii deliranţi paranoizi, are echivalenţe clare în comportamentul statelor moderne, mai ales a celor totalitare, care şi supraveghează toţi cetăţenii ca pe nişte duşmani potenţiali. Actuala

dezvoltare a psihologiei evoluţioniste şi developmentale ne atrage atenţia asupra faptului că fiecare din noi, în permanenţă, suntem atenţi la cei din jur şi le citim gândurile. Iar în perspectiva diagramei intim public este clar că atitudinile, deciziile şi gândurile noastre sunt constant influenţate de persoanele apropiate afectiv, de cele intime. Psihopatologia doar des-implică din naturaleţea lor adaptativă aceste fenomene şi le etalează în nuditatea lor, izolate, ca şi corpul omenesc pe masa de disecţie.

- Problema voastră, a psihopatologilor, a devenit deci aceea de a clarifica în ce instanţă a psihismului uman e afectată şi cum acţionează procesul ce duce la acest deficit, ca la un minus antropologic ce-i relevă infrastructura!

- După cum, problema voastră, a filozofilor a ajuns să fie descifrarea faptului : “cum de este aşa ceea ce este”, şi mai ales, cum de ajunge „ceea ce este” să mai şi devină, să se metamorfozeze întru diferit si nou!

- Poate. Poate vom mai discuta ca să ne lămurim fiecare cu ce ne ocupăm.

Capitolul IV Note şi Bibliografie

1. Delirul este una din principalele teme ale psihopatologiei şi psihiatriei, el confundându-se până la un punct cu „nebunia", cel puţin în limbajul popular. Patologia de tip delirant a fost identificată şi descrisă din vremea greco romană – pe atunci suprapusă în mare măsură cu melancholia, mania şi phrenitis – până în zilele noastre. La începutul sec.XX când s-a constituit nosologia psihiatrică prin Kraepelin şi psihopatologia clinică prin Jaspers, delirul era în centrul cazuisticii azilare. Deşi principalele psihoze endogene au fost etichetate de atunci şi până azi cu expresiile schizofreniei maniei şi depresiei, psihozele predominent delirante nu au lipsit din această sistematică, atât în varianta lor de manifestare cronică cât şi acută. Şi în plus, delirul a mascat major însăşi simptomatologia schizofreniei şi bipolarităţii.

Definiţia delirului a fost fixată într-o formulă clasică de către Jaspers, care avea în vedere în primul rând varianta „delirului primar" ,care se consideră a fi caracteristică schizofreniei. După o perioadă de neglijare, delirul a revenit în ultimii ani în prim planul cercetărilor psihopatologice, mai ales din partea cognitiviştilor. Din literatura ultimei perioade se pot menţiona ca importante:

67. Spitzer M. (1989), Was ist Wahn., Springer, Berlin, Heidelberg, New York

68. Oltmans T.E, Mahler B.A. (1988), Delusional Belief, Ed.Wiley, New York

69. British Journal of Psychiatry (1991), Suppl. 159 (număr dedicat în întregime delirului, coordonat de A.Sims)

70. Blankenburg W. (1991), Wahn und Perspektivität, Ed.Emke, Stuttgart

71. Bartolotti L. (2010), Delusion and other irrational belief, Oxforf University Press

72. Munro, A., (2006), Delusional Disorders. Paranoia and related illness, Cambridge University Press

73. Freeman D., Bentall R., Garety Ph. (2008), Persecutory Delusions, Oxford UNiversity Press

74. Broome M., Bartolotti L. (Eds) (2009), Psychiatry as Cognitive Neuroscience, Oxford University Press

75. Lăzărescu M. (2011), „Psihopatologia delirului în perspectiva disfuncţiei ierarhice a sinelui". Revista Română de Psihiatrie, vo.XIII, nr.2-3

2. Studii cognitiviste asupra delirului au progresat mult în ultimii ani, nu totdeauna într-o distincţie clara cu cele privitoare la schizofrenie şi obsesionalitate. Ţintite pe delir, mai ales în varianta cognitivista, sunt în primul rând studiile ce vizeaza trei instanţe : - distorsiunea la nivelul receptării informaţiilor semnificante, fie că e vorba de percepţie, fie de alt fel de „trăiri" actuale; la acest nivel cel mai important fenomen ar fi decuparea şi hipersemnificarea unor detalii; - distorsiunea inferenţei intrepretative spre o concluzie, fenomenul important fiind „saltul (precipitat) la concluzie" (Jump to conclusion); - deficitul de respingere, de înlăturare a concluziei false. Acesta este ultimul care a intrat în scenă: şi se apropie, ca şi concepţie, de unele interpretări din patologia obsesiv compulsivă (în care ideaţia intruzivă în loc de a fi îndepărtată sau reprimată integrativ, este fixată prin compulsia liniştitoare). Pe lângă această triadă s-a mai studiat atribuirea eronată a cauzalităţii care se află în balans cu depresia: în paranoidie subiectul atribuie ceea ce e rău celorlalţi, în depresie îşi atribuie sie-şi. Acest ansamblu de tulburări

cognitive ar avea şi unele aspecte specifice; de ex. tulburari în cogniţia socială : în recunoaşterea familiarităţii feţelor, în interpretarea stării emotive şi atitudinale a altora în raport cu sine,etc.

Tulburările cognitive în schizofrenie sunt domeniul cel mai vechi de abordare,ele fiind iniţial centrate pe atenţie şi capacitatea selectivă a filtrului informativ. S-a studiat în primă instanţăReducerea acestei capacităţi şi deficitul de ierarhizare a informaţiilor în raport cu importanta lor, a ceea ce e esenţial de ceea ce e neesenţial. S-au adăugat apoi cercetări privitoare la perturbarea funcţiilor executive, de planificare şi coordonare a acţiunii spre final :şi mai ales cele privitoare la memoria imediată sau memoria de lucru. Recentele cercetări din autismul Kanner au atras atenţia asupra deficitului funcţiei „coerenţei centrale", considerată ca şi capacitate perceptivă de integrare a părţilor într-un ansamblu coerent şi semnificativ, delimitat pe un fundal accesibil. Această funcţie perceptivă seamănă cu aspectul esenţial a funcţiilor executive şi ar putea fi considerată ca un aspect al unei funcţii mai generale a coerenţei centrale. Care, să gireze şi organizarea funcţionării ideo-verbale, ce se deteriorează în simptomatologia schizo-dezorganizantă. Mai ales dezorganizarea logico semantică apare ca specifică schizofreniei.

Pentru patologia obsesiv compulsivă înţeleasă în sens larg, se evidenţiază, pe lângă deficitul de control a ideaţiei intruzive, mai ales funcţiile executive, corelate planificării acţiunilor şi finalizării lor. În acest context, se manifestă o supraelaborare în operaţiile cu probabibilităţi, cu deficit de sinteză. Tot în această patologie cognitivismul a fost descris şi analizat fenomenul fuziunii act gândire. Când se gândeşte la o eventualitate şi la un proiect de acţiune, subiectul e convins că acesta s-a realizat sau că el l-a îndeplinit. Această trăire de tip „magic" este foarte apropiată de o serie de trăiri din schizotipie. Dar tranziţia dintre obsesionalitate şi dezorganizarea schizofrenă nu a fost încă sondată suficient.

Ansamblul tulburărilor cognitive revelate în delir, schizofrenie şi obsesionalitate se desfăşoară în instanţa metareprezentaţională a psihismului. La acest nivel, sinele (self-ului) supervizează trăirile şi acţiunile actuale, le evaluează şi le controlează. Şi în acelaşi timp, se referă la preocupările şi proiectele de durată ale subiectului, şi se articulează cu narativitatea. Instanţa metareprezentaţională articulează sinele trăirilor actuale de sinele identităţii biografice, fiind, prin exercitarea narativităţii, o instanţă a „temelor" ce preocupă subiectul. De aceea, delirul este o patologie ce se defineşte şi prin tematica sa. În plus, in instanţa metareprezentativă se realizează sinteza sinelui nuclear cu multiplicitatea ierarhică a imagourilor introjectate (A se vedea Anexa III).

3. Mecanismul *des-implicării* este frecvent invocat în lucrare. El se referă la trăiri şi comportamente care fac parte în mod curent din manifestările obişnuite, adaptative şi creative ale persoanei, de obicei evidenţiindu-se parţial şi tranzitoriu, datorită integrării lor sintetice în modalităţi mai complexe de raportare la situaţie. Aşa e verificarea, raportarea senzitiv relaţională sau suspicioasă, expansivitate prosocială, anxietate, tristeţea, reamintirea repetată, sentimentul de vinovăţie etc. În stări psihopatologice unele din aceste manifestări psihice se detaşează din manifestarea lor circumstanţială, integrată şi articulată cu parametrii situaţionali, trece în prim plan, se manifestă izolat şi simplist, rigid, acaparează trăirile şi comportamentul subiectului, îl decontextualizează, astfel încât persoana ajunge într-o stare dezadaptativă. Fenomenul a fost invocat de exemplu în manifestările obsesivităţii. Nu doar îndoiala şi verificarea pot intra în acest regim de acaparare a psihismului subiectiv, ci şi anticiparea. Aceasta e de obicei doar parţial conştientă, ea funcţionând însă totdeauna în evaluarea urmarilor unei acţiuni, a căror eventuale consecinţe multiple le analizează detaliat, în plan metareprezentativ. Şi unele obsesii fost astfel interpretate de cognitivism, ca derivând din *ideaţia intruzivă*. Aceasta constă dintr-un flux ideatic

ce se actualizează în raport cu informaţii situaţionale, cu valoare de ofertă pentru alegerea cea mai utilă circumstanţial. Obsesivul nu mai poate filtra această ideaţie care se manifestă necontrolat; şi din care, unele teme se impun – pe baza unor tendinţe şi argumente particulare – fixându-se prin compulsii. Mecanismul desimplicării e aplicabil şi stărilor depresive şi maniacale, aşa cum s-a comentat. În condiţia psihopatologică, structura funcţională adaptativă ce se activează şi se oferă, ajunge să se manifeste simplist, rigid, nivelator, nemaiarticulându-se diferenţiat cu parametrii situaţionali şi ieşind de sub controlul sinelui. Delirul monotematic poate fi şi el interpretat ca bazându-se pe activarea unor disponibilităţi psihice, ce fac parte din fundalul – de tip modular – al disponibilităţilor subiectului pentru anumite preocupări adaptative. Problema psihopatologică constă în analiza felului anormal deficitar în care se realizează această desimplicare. Astfel,pentru obsesionalitate,s-a elaborat urmatoarea interpretare;În mod normal există un „flux ideativ" care e declanşat de parametrii situaţionali şi care actualizează fugitiv variate amintiri, reprezentări, atitudini, opţiuni etc., ca o ofertă din care subiectul să poată selecta sintetic, adaptativ şi creator acele variante care servesc unei bune soluţii. În anumite cazuri din acest flux se izolează câteva idei intruzive care persistă, le înlătură pe celelalte, trec în prim plan, acaparează preocupările subiectului şi se fixează prin compulsii.

Mecanismul des-implicării e destul de general, dar cu particularităti în funcţie de incidenţa psihismului ce e afectat şi de aria preocupărilor. El se articulează de obicei cu relaxarea funcţiei „gestaltice" a coerenţei centrale, înţeleasă şi ea ca o funcţie generală de sinteză a multiplicităţii şi varietăţii fenomenelor, în întreguri structurate ierarhic, coerente, semnificante şi util adaptative.

4. Trăirea sentimentului de supraveghere a intimităţii, de transparenţă şi influenţă la nivelul gândirii, deciziei şi acţiunii, este la prima vedere unul dintre cele mai stranii fenomene psihopatologice, etichetat de Jaspers ca incompreensibil. Toate cunoştinţele şi analizele actuale, menţionate în text, sugerează că intervine dezorganizarea unei structuri intrapsihice care în normalitate asigură sentimentul autonomiei independenţei şi deciziei libere pe axa relaţionării interpersonale intim/public. Dezorganizare corelată cu desimplicarea unor trăiri normale, în care subiectul ştie şi recunoaşte fenomenul implicării altora în intimitatea sa, considerându-l firesc până la o limită şi neacordându-i importanţă. La fel, conştientizarea hiperreflexivă a unor trăiri ca influenţarea – retragerea, impunerea – gândurilor şi deciziilor. La fel ca în toate cazurile de des-implicare, fenomenul se plasează în prim plan, simplificând diapazonul trăirilor. Caracterul reflexiv şi referinţa la libertatea de decizie, apropie fenomenele de transparenţă influenţă de patologia obsesională, în care de asemenea e problematizată hiperreflexiv decizia şi apartenenţa la sine a trăirilor ideatice. Această apropiere a fost făcută clinic de Janet, de Clerambauld şi de Ey şi Claude, ultimii cuprinzând în acest ansamblu şi pseudohalucinaţiile de tip Kandinsky. Fenomenele de transparenţă influenţă, care se corelează – conform intuiţiei lui Schneider – cu halucinaţiile auditive comentative şi cu delirul primar, se petrec însă la un alt nivel al sinelui, mai profund decât cel metareprezentaţional.Totuşi, şi în prezent, atunci când sunt definite obsesiile şi compulsiile unul din criterii e diferenţierea lor de influenţele xenopatice asupra gândirii şi acţiunii. (A se vedea DSM-IV-TR).

În sfârşit e de menţionat că fenomenele de transparenţă influenţă implică relaţionarea intrapsihică a subiectului cu alteregourile introjectate, aspect ce stă la baza diagramei intim public care e interioară şi structurală psihismului. Construirea de modele interpretative testabile pentru simptomele de prim rang Schneider ar trebui să ţină cont de o astfel de perspectivă.

76. Janet P. (2003), les obsessions et la psychastenie, Ed.Alcan Paris

77. De Clerambaud G. (1942), Oevre psychiatrique, Ed.P.U.F., Paris

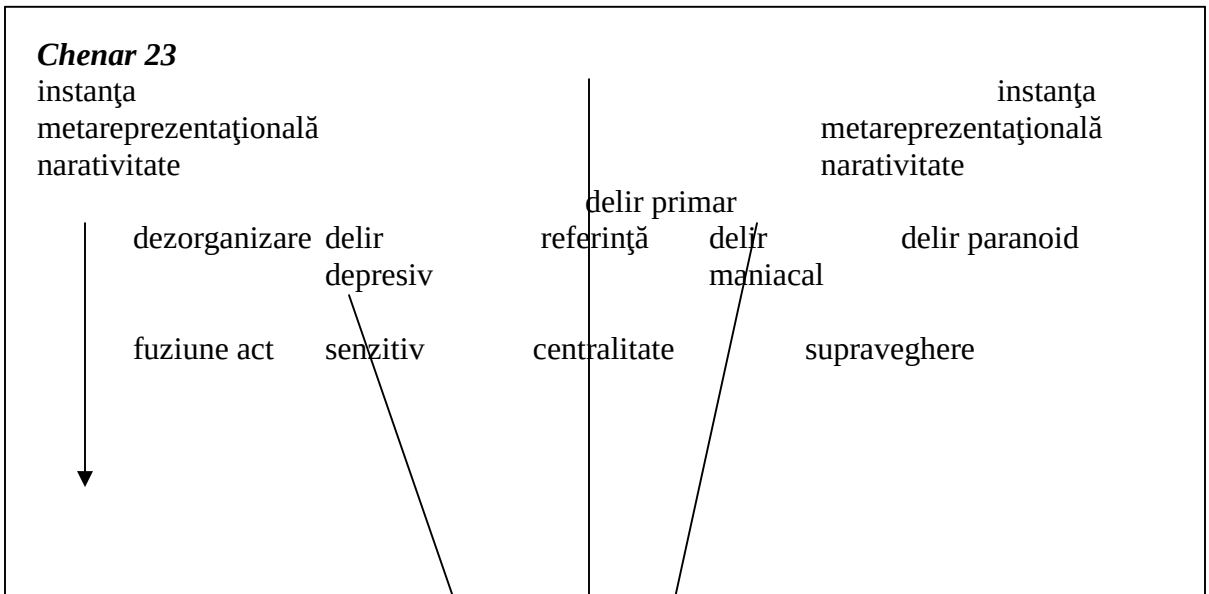
78. Claude H., Ey. H. (1932), „Hallucinatons, pseudo-halucinatios et obsessions, Annales Médico-Psychologiques”, 90, 273-316
79. Lăzărescu M. (2011), „Ataşamentul şi Teoria minţii în psihopaterapie şi psihopatologia schizofreniei”, Revista Română de Psihiatrie, vol.XIII, Nr.4, 157-167

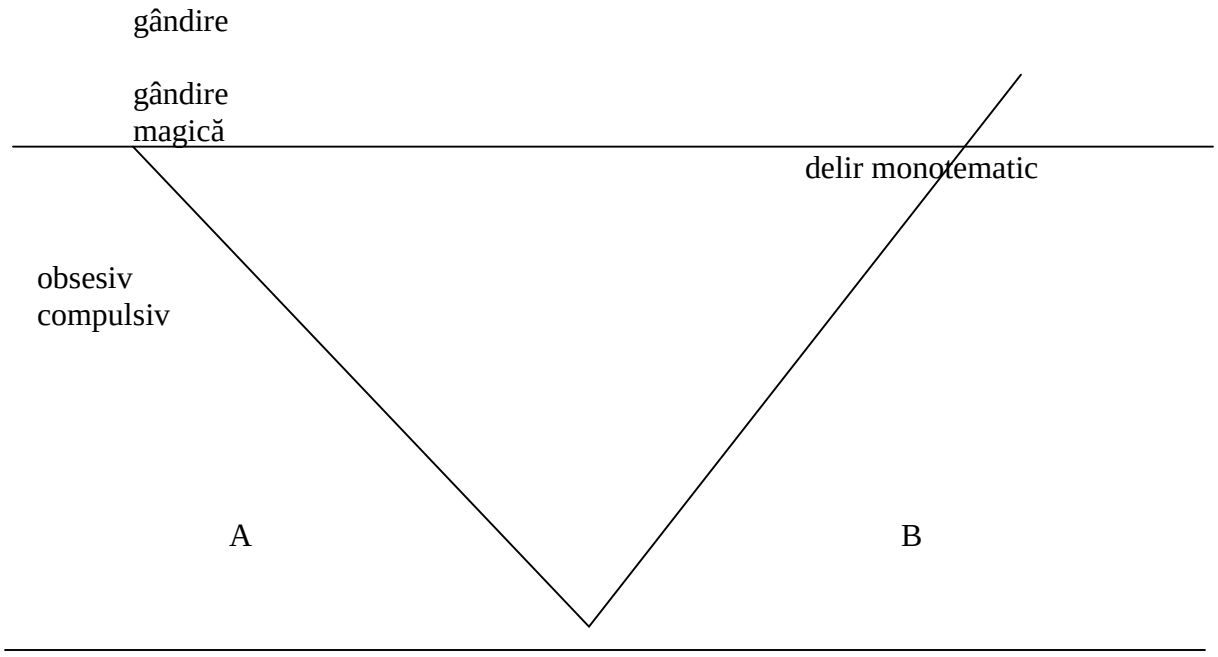
5. Stările dispoziţionale reprezintă o modalitate de ansamblu a raportării subiectului la universul situaţional. Ele nu se referă la o problemă sau la o acţiune anume ci exprimă în primul rând poziţionarea sau atitudinea de ansamblu a sinelui în raport cu situaţia, realizată într-o manieră “atmosferică” de “câmp”. Astfel este dispoziţia depresivă şi cea euforic expansivă prosocială care, în accentuarea şi deraierea lor psihopatologică, dau sindromul depresiv şi pe cel maniacal. La fel se poate comenta dispoziţia indiferentă – ce cuprinde şi indiferenţa faţă de sine. Sau dispoziţia anxioasă, în care subiectul se resimte vulnerabil şi lipsit de apărare, într-o lume ostilă şi ameninţătoare. Dispoziţia iritabil disforică poziţionează subiectul combativ în raport cu alţii. În această serie a dispoziţiilor, „centralitatea” ce precede delirul primar, poziţionează subiectul astfel încât el se resimte centrul unei vizări intenţionale globale şi speciale. Trăiri care, la fel ca toate stările dispoziţionale, cu caracter “atmosferic”, de “câmp”, centrat de subiect. În relaţia senzitivă, e vorba doar de atenţia pe care o acordă subiectului alte persoane. În trăirile de referinţă, pe lângă mesajele ce vin din partea altor persoane, vizarea sa devine şi nepersonală, semnificaţii speciale venind din partea cifrelor, culorilor, obiectelor sau evenimentelor precedente etc. Dispoziţia senzitivă şi de referinţă se poate articula cu cea anxioasă şi cu sentimentul depersonalizant al nefamiliarităţii. De asemenea, ele se pot corela cu sentimentul unei atitudini ostile, anunţând delirul paranoid. Aspectul său particular constă însă mai ales din corelarea sa cu dezorganizarea semantică, specifică schizofreniei.

Caracteristica de “centralitate” ce iese în relief în stările senzitiv referenţiale şi delirul primar e mai puţin pregnant în toate stările psihopatologice dispoziţionale, în care se manifestă în prim plan autoevaluarea subiectului. Astfel e megalomania maniacalului şi autodeprecierea depresivului. Această centralitate corelată cu caracteristicile de “câmp” şi “atmosferice” ale acestor trăiri, ar sugera modele interpretative de tip planetar/atomic, în care în jurul unui nucleu se organizează un câmp ce configurează orbite succesive. “Mutaţia” psihotică ar interveni în condiţiile relaxării câmpului ce asigură ordine şi flexibilitate, cu instalarea dezordinii şi ieşirea de sub controlul modelator.

Stările dispoziţionale ale psihismului persoanei umane sunt de obicei etichetate ca *afective*. Aşa e tristeţea, euforia, anxietatea şi chiar indiferenţa. Ele sunt în mare corelate cu raportarea situaţională a subiectului; dar nu în aceeaşi măsură ca emoţiile: ca spaima şi angoasa. Pe de altă parte *legăturile afective* cuprinse în dinamica ataşamentului, iubirii şi urii, sunt un alt aspect, diferit, a ceea ce global e desemnat ca afectivitate umană.

Chenar 23




gândire
gândire
magică
delir monotematic
obsesiv
compulsiv
A
B

Capitolul al V-lea

Halucinaţiile, viziunile şi percepţia situaţională

În sec. XIX, psihopatologia descriptivă ce tocmai se năştea a conturat n simptom care nu atrăsese atenţia până atunci: halucinaţia. (**1**) Cuvântul circula în franceză din sec. XVII, cu înţeles uzual de divagaţie, de rătăcire. Expresia a fost utilizată chiar pentru bolnavii mentali, dar confuz. De exemplu, Boissier de Sauvages (1763) diferenţiază în sistematica sa şi un subcapitol cu titlul „Halucinaţii, care tulbură imaginaţia: vertij, orbul găinilor, stare de confuzie, vâjâieli, hipocondrie, somnambulism”.

În 1838, la Paris, Esquirol formulează definiţia psihopatologică clasică a halucinaţiilor: „ O convingere intimă într-o senzaţie percepută actuală, în condiţiile în care niciun obiect exterior nu stă la baza acestei senzaţii; halucinantul este un vizionar”. Această definiţie face trimitere la tradiţia mistică a viziunilor. Iar autorul pune accent asupra halucinaţiilor vizuale şi a corelaţiei acestora cu visul. Termenul cel nou de halucinaţie îl foloseşte tocmai pentru a înlătura aceste confuzii posibile.

Peste puţin timp, în 1846, Baillarget polarizează halucinaţiile vizuale în raport cu cele auditive, acestea din urmă având un caracter mai pronunţat de interioritate. În 1845, Moreau de Tours publică o carte în care susţine corelaţia dintre tulburările mentale în general şi vis, bazându-se pe modificările psihice induse de consumul de haşiş. Către sfârşitul secolului se studiază halucinozele, adică trăirile de tip halucinator condiţionate organic şi criticate. Precum şi pseudohalucinaţiile.

De la început, problematica halucinaţiilor s-a întreţesut cu cea a delirului, care avea o istorie psihopatologică mai veche, în calitatea lui de perturbare a raţiunii, de raţionament incorect. Halucinaţiile, care prin definiţie se refereau la

datele senzoriale actuale, au ridicat şi ele insistent problema corelaţiei cu funcţiile cognitive ale memoriei, imaginaţiei şi reprezentării. Deci, cu date informative neactuale. **(1)**

De fapt, tema halucinaţiilor se confruntă cu complicata problemă a percepţiei situaţionale. Iar călătoria pe acest drum e plină de surprize.

1. Primul popas. Diavolul, vedeniile şi viziunile.

- Se spune că Luther, pe când traducea Biblia, ascuns în castelul din Eisenach, unde nu vedea pe nimeni în afara slujitorului ce-i aducea mâncare, avea de a face seara, când lumânarea scădea, cu necuratul. Diavolul i se înfăţişa şi făcea în faţa lui tot felul de schimonoseli şi gesturi obscene, arătându-i fundul. Până când, exasperat, Luther a aruncat în el cu călimara în care îşi înmuia pana cu care scria traducerea ce va răscoli spiritul Europei. Nu se ştie dacă l-a nimerit sau nu pe diavol; dar urma rămasă a călimarei sparte a fost multă vreme arătată vizitatorilor.
- În romanul lui Dostoievski “Fraţii Karamazov”, către final, când e pe cale să înnebunească, Ivan îl vede în camera sa pe diavol:

“….şedea acum la el în odaie, aproape conştient că aiurează, şi privea fix ceva ce se afla pe divan, spre peretele din faţa lui. În locul acela răsărise deodată un ins, care, Dumnezeu ştie cum, pătrunsese în cameră înainte ca Ivan Fedorovici să se fi înapoiat. Era un domn, sau mai bine zis un fel de gentleman rus”……Acesta era de fapt diavolul, care-i ţine lui Ivan un discurs despre existenţa sa. La care acesta replică: “Ascultă, am impresia că aiurez; da, cu siguranţă aiurez”…iar după mai multe discuţii îi spune : - “Nici un moment nu te-am luat drept o realitate! – tu nu eşti decât o iluzie, o fantasmagorie, o nălucire de om bolnav; - Îmi dau seama că eşti o halucinaţie. Eşti propria mea întruchipare,

mai bine zis o întruchipare fragmentară a mea, a gândurilor şi sentimentelor mele, dar a celor mai josnice şi meschine sentimente.”

- În piesa Lady Macbeth a lui Shakespeare, după ce Macbeth cu soţia sa pun la cale uciderea lui Blanco, la banchetul ce urmează apare, doar pentru Macbeth, duhul însângerat şi plin de răni al acestuia. Macbeth i se adresează, spre mirarea celor din jur, care nu văd nimic, strigându-i: ”Dar n-am făcut-o eu! De ce îţi tot scuturi spre mine pletele de sânge pline!” Lady Macbeth liniştеşte societatea, explică faptul că regelui îi este rău; iar pe el îl acuză de slăbiciune. Dar acesta vede încă duhul: “Te rog, priveşte! Uite-acolo! Ce zici? Ce-mi pasă: Dacă poţi să dai din cap, vorbeşte-mi atunci! Şi dacă gropi şi cripte/Ne-ntorc pe cei înmormântaţi, mai bine-i/ În grai de ulii să ne-aflăm mormântul!” Lady Macbeth: Cum? Nebunii te-au făcut neom?/ Iese duhul lui Blanco!

- În perioada Primului Război Mondial, psihiatrul elveţian C. G. Jung a experimentat, aşa cum mărturiseşte în amintirile sale, multiple trăiri vizionare complexe, în care îi apăreau şi se întreţineau cu el fiinţe mitologice. Depăşind această perioadă printr-un proces de “individuaţie”, Jung a dezvoltat apoi doctrina inconştientului colectiv şi a arhetipurilor, care l-a făcut celebru în toată lumea.

În toate cazurile menţionate e vorba de perceperea imaginară a unor fiinţe care, de fapt, nu erau prezente în momentul respectiv în locul respectiv, astfel încât să fie sursa unor informaţii reale.

Pentru lumea în care trăia Luther în sec. XVI, diavolul era însă o realitate a cărei existenţă nu era contestată de nimeni; la fel ca cea a sfinţilor şi a lui Dumnezeu. Lumea ştia precis cum arată, deoarece toate bisericile erau pictate cu scene din infern. Însuşirile sale morale erau de asemenea familiare tuturor. Iar dacă s-ar fi făcut o statistică populaţională, cu siguranţă mai mult de jumătate din oameni ar fi declarat că l-au văzut, fără ca vreunul să aibă de a face cu psihiatria. Oamenii sunt predispuşi să vadă lucruri despre care ştiu că există şi cunosc cum se

prezintă. Luther avea un motiv suplimentar să fie asaltat de diavol, deoarece reforma religioasă la care lucra era îndreptată împotriva diverselor manifestări ale necuratului. În sfârşit, mai e de invocat deprivarea informaţională umană şi de varietate evenimenţială în care el trăia pe atunci, ascuns în castelul protectorului său. La mijlocul sec. XX, când se pregătea lansarea omului în cosmos, s-au făcut nenumărate experienţe privitoroare la influenţa deprivării informaţional senzoriale asupra psihismului. Un om, după ce stătea mai multe zile singur într-o cameră întunecoasă, izolată fonic şi eventual plasată subacvatic (pentru a reduce gravitaţia), prezenta o suită de tulburări psihice, mai ales cognitive: dezorientare, iluzii, halucinaţii, tulburări de atenţie, memorie, gândire. Toate acestea, inclusiv halucinaţiile vizuale, persistau mai multe zile după încetarea experienţei.

Chenar 24

C.G. Jung, după formaţia sa medicală şi experienţa psihiatrică dobândită în preajma lui Bleuler la Burghölzi, era preocupat, sub influenţa psihanalizei lui Freud, de sondarea inconştientului. Constatând că în delirul multor psihotici gravi întâlneşte frecvent simboluri universale, a ajuns la concluzia că în inconştient există şi o altă sferă decât cea a reprezentărilor refulate, pe care o comenta Freud. Între 1913 si 1919, el s-a lansat într-o analiză a propriului său inconştient, notând şi analizându-şi atent visele, reveriile şi viziunile pe care le avea în stare de veghe. În 18 decembrie 1913 visează că se află în compania unei tinere sălbatice pe un munte deşert, unde îl ucid împreună pe anticul erou germanic Siegfried. În lumea subterană de reprezentări şi viziuni în care îl conduce imaginarul, întâlneşte întâi un bătrân numit Helios, însoţit de o tânără oarbă Solomea, cărora li se adaugă eruditul Philomon. Jung învaţă că omul poate descoperi în el însuşi lucruri pe care nu le cunoştea. În toată perioada de „boală creatoare” ce a urmat, el a avut grijă să ţină un contact strâns cu realitatea, cu oamenii, profesia şi diverse activităţi. La un moment dat îşi pune întrebarea: ”ceea ce sunt eu pe cale să fac ţine oare întradevăr de ştiinţă”? Atunci a auzit o voce feminină care i-a răspuns, repetând: „aceasta este o artă”. De atunci a conversat constant cu aceea voce feminină pe care a numit-o „Anima” sa, considerând-o dublul său feminin. Într-o dimineaţă din 1916 auzind soneria sunând, deşi nimeni nu era afară, deschide uşa şi brusc au năvălit în casă o mulţime de spirite care au umplut camera; „ce poate însemna aceasta”? se întreabă el; „noi suntem sufletele defuncţilor care venim de la Ierusalim fără a fi găsit ceea ce noi căutăm”. Inspirat de acest eveniment, Jung scrie în trei zile o lucrare Septem Sermones ad Mortuos, pe care o publică, atribuind-o lui Basilide din Alexandria. Treptat, în 1919, Jung resimte că iese dintr-o lungă noapte, găsindu-şi elementul cel mai intim al constituţiei sale, „Sinele” (Selbst). Acest proces el îl denumeşte „individuaţie”.

După H.F. Ellenberger, l‘Histoire de la decouverte de l‘inconscient, pagina 689-690.

Ivan Karamazov se întâlneşte, când e singur în camera sa, cu diavolul ce are înfăţişarea unui gentilom cu vorbire aleasă şi ironică, care face o serie de consideraţii cinice. Pentru erou, personajul diavolului era de asemenea unul familiar preocupărilor sale teoretice, privitoare la condiţia lui Dumnezeu. Mai precis a lui Isus, care, dacă s-ar fi reîntors pe pământ, ar fi fost ars pe rug, cu argumente solide, de către Marele Inchizitor. Diavolul reprezintă pentru el o instanţă în cadrul propriei sale doctrine, nu pur şi simplu un ispititor carnal sau moral. De aceea, fără dificultate, Ivan se recunoaşte în această apariţie, pe care o şi etichetează ca şi alter-egoul său. Dar acum, la sfârşitul sec. XIX, se dezvoltase ştiinţa medicală a psihiatriei. Astfel încât eroul foloseşte expresia de halucinaţie, de dedublare a sinelui. Şi el remarcă faptul că începe să aiureze, să înnebunească. Iar, în cele din urmă, în roman, Ivan cade realmente grav bolnav de o “febră cerebrală” ce se manifestă ca o nebunie clinică. De remarcat e că pentru Ivan Karamazov diavolul există în prealabil ca elaborare teoretică; şi abia în al doilea rând se concretizează perceptiv într-un personaj halucinat.

În cazul Macbeth, halucinaţia vizuală e corelativă unei trăiri emotive puternice, situaţionale. Soţii Macbeth ucid cu o violenţă nesăbuită şi apoi sunt marcaţi de spaima consecinţelor. Lady Macbeth se spală interminabil de sângele pe care-l vede tot timpul pe mâinile ei. El, ca rege, vede fantoma celui pe care tocmai l-a omorât, cum intră în sala de ospeţe şi se aşează pe scaunul său. Iar mesenii, care nu ştiu de crimă şi nu văd nimic, se miră de reacţia sa.

Capacitatea reprezentărilor de a se concretiza în trăiri perceptive e menţionată în variate contexte antropologice. Reprezentarea pregnantă, cvasihalucinatorie a persoanei iubite sau a celor pe care i-ai pierdut neprevăzut şi tragic, e un fenomen curent. Iar în unele părţi ale lumii, cei care au vieţuit multă

vreme în anumite locuri, pot rămâne, conform unei vechi tradiţii, legaţi de vechea lor locuinţă, ca stafii.

Cazul lui Macbeth deschide drumul spre o problematică mai amplă, legată de valenţele reprezentative ale amintirilor importante, semnificative. În prezent această temă e comentată într-o modalitate standard în sindromul clinic al "Reacţiei de stres posttraumatic". După trăirea unor evenimente extrem de impresionante, care au pus în pericol viaţa, demnitatea şi avutul persoanei şi/sau a celor apropiaţi – catastrofe naturale, tâlhărie, tortură, atentat la viaţă, viol - rămâne o stare depresiv anxioasă şi fobică în relaţie cu tot ce aminteşte de întâmplare. Aceasta e dublată de reamintiri obsesive ale scenelor trăite, în somn sau stare de veghe. Cele din starea de veghe sunt de obicei scurte reprezentări, "flashback-uri" însoţite de anxietate sau panică. Rareori, ele se pot manifesta cu pregnanţă halucinatorie.

În sfârşit, viziunile lui Jung pot sugera şi ele multe comentarii. Ne oprim la una dintre ele. Pe marginea psihologiei marilor creatori din domeniul artelor plastice sau literaturii, se ridică întrebarea privitoare la procesul de geneză a operelor pe care le admirăm cu toţii. Dacă ne gândim la un Shakespeare, Rubens, Balzac sau Chagall, noi ne aflăm în contact doar cu produsul creaţiei acestora, cu opere care mustesc de imagini, scene, evenimente, idei, arhetipuri. Dar oamenii aceştia au existat efectiv. Iar pe parcursul vieţii, psihismul lor a fost capabil de viziunea plăsmuitoare ce s-a concretizat în opere artă. Faptul de a configura imaginativ cu pregnanţă o realitate posibilă poate rămâne la nivelul deficitar şi patologic al halucinaţiei; sau poate urca spre înălţimea capodoperelor.

2. Visul, visarea, deliriumul

Apropierea între fenomenul halucinator şi vis a fost făcută de la început, odată cu definiţia lui Equirol. Ea a preocupat întreg sec. XIX şi persistă până în zilele noastre.

Visul este o temă antropologică majoră, a cărei importanţă a fost subliniată în toate epocile culturale, atât la cel mai înalt nivel al spiritualităţii, cât şi în viaţa de zi cu zi.

În cursul istoriei, interpretarea viselor a fost mult timp la mare cinste în deciziile conducătorilor politici, de la hotărârile ce trebuiau luate în război, până la decizii administrativ-economice importante, aşa cum ne aminteşte Biblia, menţionând interpretarea de către Iosif a visului Faraonul. Iar terapeutica medicală de la sanctuarul grec din Epidauros, se baza tot pe interpretarea viselor pacientului.

Practica interpretării viselor, în sensul semnificaţiei lor pentru problemele şi viitorul persoanei, a fost larg răspândită în Europa, de la Renaştere şi până în prezent. S-au publicat mereu cărţi populare de interpretare a viselor şi au existat specialişti în problemă. În sec. XIX s-au editat şi cărţi de interpretare a viselor din perspectiva ştiinţei psihologiei, aşa cum sunt cele ale lui Sherner sau Hervey de Saint-Denys, pe care Freud le cunoştea când pregătea lucrarea sa de referinţă „Interpretarea viselor”. Publicată în 1900 şi devenită un simbol al psihanalizei freudiene, această lucrare sintetizează şi efortul de autoanaliză pe care autorul l-a făcut începând din 1986. Perioadă în care, după moartea tatălui său, Freud trăieşte o stare nevrotică – „mica mea histerie”, zicea el. Corespondenţa cu Fliess stă mărturie pentru eforturile sale de notare şi interpretare a propriilor vise şi a propriilor amintiri, prin asociaţii libere. El a studiat metodic interpretarea relaţiilor sale cu cei apropiaţi, analizând procesul de refulare şi de mascare a dorinţelor, care se exprimă şi în scenele din vis.

În spatele acestei istorii culturale, azi ştim că visul din somn este o moştenire biologică.

Fenomenologia trăirii visului nocturn al omului are câteva caracteristici cunoscute de toată lumea. El se desfăşoară în interiorul, în contextul negativităţii somnului, care desprinde subiectul de informaţiile şi evenimente ce se petrec la un

moment dat în jurul corpului său. Somnul cu vise e o moştenire biologică, perioadele de funcţionare cerebrală de tip vis apărând filogenetic la păsări. La mamifere durează aproximativ 10% din somn, la antropoidele superioare 15%, iar la om aproximativ 20%. Ciclurile de somn paradoxal, în timpul cărora individul visează, se repetă la intervale de 90’; iar durata lor creşte spre dimineaţă, pe măsură ce somnul devine mai superficial. Visele pe care ni le amintim - sau pe care le resimţim, dacă somnul nu e profund - se desfăşoară ca evenimente ce se petrec într-un spaţiu interior şi la care participăm. Evenimentele de obicei se schimbă spontan, persoanele pot fi mai mult sau mai puţin cunoscute, semnificaţia situaţiilor mai mult sau mai puţin clară. Coordonatele spaţio-temporale sunt laxe, cu referinţe posibile la variate perioade de viaţă. Deplasările şi acţiunile nu ascultă integral de legile fizice ale vieţii curente. Derularea visului prin scene evenimenţiale e predominant vizuală, uneori colorată, rareori cu adaos vocal sau sonor (mai ales spre dimineaţă). Alte simţuri sunt puţin implicate. Uneori e posibil sentimentul de levitaţie. Visele pot avea încărcătură emotivă. În ele pot fi descifrate trimiteri la evenimente recente, la amintiri, la persoane cunoscute şi necunoscute. Uneori apar fuziuni de persoane. Se poate întâmpla ca subiectul să intervină în desfăşurarea acţiunii, să se resimtă creator sau victimă, să trăiască situaţii limită din care se trezeşte în panică. În vis pot apărea peisaje şi interioare de locuinţe, opere de artă, obiecte, animale ş.a.m.d.

Esenţial este că subiectul face distincţia între spaţiul privat şi interior în care se desfăşoară cvasipercepţia obiectual evenimenţială a visului şi spaţiul lumii exterioare, care înconjoară trupul său. La trezirea din vis, diferenţa e evidentă. Ea e resimţită şi în stările hipnagogice, de vis de dinaintea adormirii; şi în cele hipnopompice, de la trezire.

Structura de eveniment scenic participativ a visului se decantează din modalităţile diurne de trăire. Varietatea acestora, de la trăirile emotive răscolitoare

la reveriile contemplative calme, la limitele normalităţii**.** În plus, aproape pentru fiecare om există visuri care se repetă, fiindu-i specifice. Şi apoi, „visuri cheie”, mai misterioase; şi poate, încărcate de semnificaţie specială pentru persoane. Şi încă, dacă urmărim ideea lui Jung, vise în care se exprimă arhetipuri.

Chenarul 25

- “Văzând-o cum înaintează prin mijlocul focului, cu părul ei lung şi negru fluturând sub flăcările care mistuiau cu furie terasa, precum o delirantă torţă vie. Părea că aleargă spre el, cerându-i ajutorul. Şi, brusc, a simţit focul acela din propria sa carne, a simţit cum trosnea carnea încinsă şi cum se zbătea sub pielea lui trupul Alejandrei.

Durerea ascuţită şi nliniştea l-au făcut să se trezească.

Prorocirea se împlinea încă o dată.

Dar aceasta nu era Alejandra pe care cu melancolie şi-o imaginau unii, nici cea pe care Bruno a crezut că o intuieşte cu spiritual său abulic şi contemplativ, ci Alejandra din vis şi foc, victimă şi ucigaşă a tatălui ei.

Iar Sabato se întreba din nou….”

Ernesto Sabato, *Abaddon exterminatorul*, Ed.Univers, Bucureşti, 1986

- Unde suntem? În ce colţişor binecuvântat al pământului ne-a dus visul lui Oblomov? Minunate locuri!

Ce-i drept, acolo mare nu-i, nici munţi înalţi cu stânci şi prăpastii, nici codri de nepătruns – nimic măreţ, mohorât, sălbatic.

Dar ce nevoie avem noi de privelişti măreţe şi sălbatice?....

Cu totul altfel este colţişorul paşnic în care s-a pomenit deodată eroul nostru.

Acolo, cerul pare că vrea să fie cât mai aproape de pământ numai pentru a-l îmbrăţişa mai strâns, mai drăgăstos…

Râul curge voios. Zburdalnic şi jucăuş…

Aici nu se întâmplă ca primăvara să se întoarcă neaşteptate viscole…. Vara aerul este uscat şi proaspăt, plin de miresme….De se porneşte ploaia, ea cade voios, din belşug, săltând vesel….Orice suflet istovit de prea mult zbucium dar cu totul străin de frământările vieţii ar dori să ajungă aici….

Gonciorov, Oblomov, Ed.Pentru Literatura Universală, Bucureşti, 1962

Chenarul 26

Vis şi alchimie

Analiza hermeneutică a viselor pe care o practica C.G. Jung are în vedere un nivel de semnificaţie a acestora plasat dincolo de stratul superficial al prelucrării informaţiilor curente. El coboară mai adânc şi decât istoria biografică şi tematica complexelor infantile, care îl interesau pe Freud, vizând subiecte spirituale care au preocupat îndelungat istoria culturii. Şi care pot ecloza – încearcă să demonstreze Jung prin hermeneutica sa - în fundalul arhetipal al viselor oamenilor obişnuiţi. Artiştii şi gânditorii folosesc în mod creator acest material răspândit cvasiunanim. Într-o carte intitulată "Psihologie şi alchimie", publicată în 1943, Jung interpretează o suită de 59 vise ale unui pacient tratat de un elev al său; şi identifică penetrarea în acest material a temelor esenţiale ale alchimiei tradiţionale.

Dincolo de aspectul imagistic al viselor ce stă la baza desfăşurărilor lor în manieră halucinatorie, anumite scene particulare visate de-a lungul timpului s-ar putea articula într-un discurs de tip spiritual, cu înţeles şi semnificaţie ideatică.

C.G. Jung, Psychologie et Alchimie, Ed. Bouqet/Chartell, Verlag, 1970.

În starea de veghe, apropiată de condiţia reprezentativă a visului, e imageria reveriilor. Acestea se pot articula cu stări de rememorare, în condiţia relaxării contemplative, în care legătura cu ambianţa se estompează.

O altă similitudine poate apărea în contemplarea imaginativă stimulată de muzică, care desprinde subiectul de ambianţă. Precum şi în lectură.

În psihopatologie, fenomenul oniric apare cu pregnanţă în stările de delirium – stări confuzo-onirice în nomenclatura franceză – ce se manifestă în patologia toxico-infecţioasă şi în stările febrile. Deliriumul se caracterizează prin: o denivelare a vigilităţii conştiente, de diverse grade, cu reducerea raportării cognitive performante la ambianţa actuală şi diminuarea reflexivităţii prezenţei la aceasta; - dezorientare temporo-spaţială, auto şi allo psihică, în raport cu situaţia; - ecloziunea unor trăiri de tip perceptiv oniroid, care interferează cu - sau înlocuiesc - percepţia ambianţei date. Aceste trăiri sunt în mod evident de tip halucinator vizual, un fel de vis cu ochii deschişi. Interferenţa poate fi variată: - imagini şi scene de tip oniric pot să se desfăşoare într-un cadru delimitat al datumului

perceptiv, de ex. în cadrul uşii sau al ferestrei; sau pot să se amestece cu acest datum. La fel ca în vis, trăirea de tip halucinator e predominant vizuală, de obicei sub formă de scene la care subiectul participă afectiv şi comportamental. Deseori e vorba de scene profesionale. Dar pot fi vizualizate halucinator diverse evenimente în care apar persoane cunoscute. Sau scene terifiante. Pe lângă trăirile scenic panoramice, în delirium pot fi prezente şi halucinaţii vizuale izolate: oameni, fiinţe supranaturale, animale, obiecte. Halucinaţiile pot fi şi auditive, olfactive, cutanate.

Deliriumul se caracterizează deci, pe lângă denivelarea vigilităţii şi dezorientarea globală, prin starea oniroidă. Care, în esenţă, e o trăire halucinatorie, predominant vizuală, scenică. Tulburările somatice şi neurovegetative însoţesc de obicei această stare, ce apare mai ales în sevrajul dependenţilor de alcool şi de substanţe psihoactive. În "delirium tremens", stare confuzo onirică ce a fost descrisă clasic în alcoolism, se considerau ca fiind caracteristice halucinaţiile animaliere, cu animale mici ce urcă pe corp: gândaci, păianjeni, şoareci etc.

Convingerile delirante sunt posibile în delirium, corelate cu conţinutul trăirilor halucinatorii.

3. Droguri şi poezie

Consumul de substanţe psihoactive a fost utilizat în majoritatea culturilor pentru a favoriza stările de transă şamanică; sau extazul, în corelaţie cu diverse faze ale ritualurilor sacrale. Acest consum induce variate modificări ale trăirilor psihice, dintre care multe se desfăşoară în zona perceptivă. Sunt influenţate afectivitatea, sociabilitatea, stările de conştiinţă, cu inducerea unei depersonalizări extatice. Consumul de alcool a fost o constantă a civilizaţiilor mediteraneene şi apoi europene. Din sec. XIX s-au utilizat opiul şi haşişul, care au stârnit interesul artiştilor şi psihiatrilor. În a doua jumătate a sec. XX, interesul s-a orientat spre drogurile halucinogene, mescalina şi psilocybina. S-a ajuns apoi la sinteza în laborator a unor substanţe ca LSD (Dietilamida acidului lysergic) şi Ecstasy.

Modificările psihice care apar după ingestia de LSD – care poate fi luat ca substanţa standard pentru această temă - constau, pe lângă hipersimpaticotonie, în: - euforie, exaltare, senzaţie de elaţie, stare de bine (uneori poate apărea însă şi anxietate, disforie); - modificări ale trăirii timpului; - modificări în resimţirea conturului şi a formei obiectelor; - iluzii de schemă corporală: depersonalizare, modificarea formei obiectelor şi detaşarea lor de fundal, micropsii şi macropsii, halou în jurul obiectelor; - persistenţa percepţiei după ce obiectul e înlăturat; - halucinaţii colorate şi geometrice cu forme complexe – sinestezii, cu audiţie colorată; - evocări cu trăiri afective particulare. Şi psilocybina şi mescalina declanşează distorsiuni perceptive, modificări ale trăirii spaţio-temporale, trăiri halucinatorii, depersonalizare, potenţarea (uneori) a senzaţiilor sexuale. Ecstasy accentuează trăirile extatice.

Datorită paletei de trăiri particulare ce rezultă după utilizarea lor, drogurile halucinogene au fost utilizate de artişti încă din sec. XIX. După traducerea în franceză a cărţii lui De Quincy “Confesiunile unui fumător de opiu” (1828) la Paris, la Hotel Pimedon (Lauzon) o serie de oameni de litere, între care şi Baudelaire, au experimentat utilitatea pentru creaţie a haşişului. Fapt difuzat în presa vremii de Theophile Gautier (între 1843, 1846). În aceeaşi perioadă, Moreau de Tours a publicat importanta lucrare “Du haschisch e de la l’alienation mentale”. Este epoca în care romantismul german pledase pentru semnificaţia majoră a inconştientului, visului şi intuiţiei în arta şi în cultura omenească. În a doua jumătate a sec. XX, substanţe psihodisleptice, mai ales cele sintetice, se răspândesc din nou, conducând la adicţie toxicomană. Ele au fost cultivate în anii 60 şi de mişcarea nonconformistă hippy, alături de muzică. Iar poetul şi filozoful Michaud a reluat un timp ideea valorii lor pentru stimularea creaţiei artistice. Fapt care însă nu s-a impus.

Lăsând la o parte utilizarea iniţială limitată, iniţiatică, a drogurilor psihoactive în cadrul şamanismului şi practicării diverselor culte pentru favorizarea stărilor extatice, modificările psihice pe care acestea le produc, centrate de depersonalizare, induc o stare deficitară de izolare şi destructurare psihică ce se consumă în zonă strict privată. Dar, la fel ca experienţele psihopatologice, ele evidenţiază sugestiv aspecte ale infrastructurii psihismului conştient.

4. Halucinoza

La sfârşitul sec. XVIII, filosoful elveţian Charles Bonnet a descris la bunicul său de 89 ani, ce avea o stare mentală perfect păstrată, prezenţa unor halucinaţii vizuale, criticate, diverse: oameni, păsări, clădiri, toate putându-şi schimba dimensiunile. Bătrânul suferise o operaţie de cataractă la ambii ochi. Charles Bonnet a prezentat şi el la bătrâneţe, în condiţiile unei diminuări a vederii, fenomene similare. În urma unor multiple observaţii, Morsier propune, în 1938, să fie identificat cu numele lui Charles Bonnet sindromul ce constă în apariţia la persoane în vârstă, cu o stare mentală normală, a unor trăiri de tip halucinator vizual, variate şi criticate, corelate de obicei cu unele probleme oculare. Imaginile sunt colorate, animate, nu sunt stereotipe, sunt nefamiliare, cu posibile deformări formale, inserate în ambianţa reală. Fenomenul se interpretează ca o dezinhibare centrală a ariilor vizuale extrastriate, prin reducerea aferenţei informative. S-au constatat de asemenea halucinaţii vizuale prin afectarea lezională a căilor vizuale retrochiasmatice, fapt ce conduce la hemianopsie. Sau în urma unor infarcte occipitale. Apar fosfeme, imagini geometrice; dar şi imagini complexe, statice sau animate. Nici acestea nu corespund unor amintiri vizuale. În leziunile trunchiului cerebral apare clasica „halucinoză pedunculară”: subiectul vede personaje, animale ce se deplasează într-un spectru vizual colorat, care ocupă ansamblul câmpului vizual; şi pe care le critică, asistând la ele ca la un spectacol.

În deficitul auditiv periferic, în otopatii, la vârsta adultă, pot apărea halucinaţii auditive unilaterale, mai ales muzicale. Pe fondul unei surdităţi achiziţionate apar melodii stereotipe ce nu pot fi oprite, acestea perturbând somnul. Sunt uneori precedate de acufene. Rareori pot apărea şi în leziuni ale trunchiului cerebral sau hemiplegii.

Crizele de epilepsie şi de migrenă se însoţesc câteodată de fenomene halucinatorii. În epilepsia parţială pot apărea halucinaţii gustative şi olfactive, mai ales dacă localizarea focarului e în operculul rolandic şi parietal. În localizarea occipitală pot apărea unilateral puncte luminoase sau figuri geometrice, flash-uri, aspecte de girofar. Mai rar, când e cuprinsă şi zona parieto-temporală, apar şi halucinaţii complexe: animale, personaje, scene. Feţele nu sunt de obicei identificate iar manifestările sunt stereotipe. Halucinaţiile auditive sunt nelateralizate, resimţite în interiorul capului sub formă de zgomote, muzică, cuvinte, fraze; chiar melodii sau conversaţii. Toate aceste fenomene se manifestă paroxistic, durează puţin şi se repetă identic. În epilepsia de lob temporal s-au descris clasic fenomenul de „deja vu”, de stranietate – „dreamy state” – şi halucinaţii auditive şi vizuale.

În crizele migrenoase apar frecvent fenomene vizuale speciale: diplopie, halou ce înconjoară obiectele, decolorare, tulburări vizuo-spaţiale, obscuritate, metamorfopsie; mai pot apărea halucinaţii olfactive, dezagreabile, distorsiuni ale imaginii corporale.

Halucinaţiile pot apărea şi în tulburările cerebrale degenerative: în boala Alzheimer, în boala Parkinson şi demenţele cu corpi Lewy. E vorba de halucinaţii vizuale – scene cu personaje, animale, obiecte; - auditive, tactile, excepţional olfactive. Ele sunt distincte de deteriorarea cognitivă.

Medicina aduce probe în direcţia unei parţiale disociaţii între actualizarea şi conştientizarea de tip halucinator a unor date informative mnestice

reprezentative, pe de-o parte. Şi, pe de altă parte, sinteza actualităţii psihice, bazată pe ancorarea subiectului într-o situaţie prezentă, din care-şi selectează informaţiile actuale. În întreg sec. XIX şi într-o bună parte a sec. XX, psihopatologii s-au străduit să diferenţieze nucleul psihic al halucinaţiilor, venind dinspre interior, de implicarea psihosenzorială a percepţiei. Precum şi de trăirile de tip halucinator ce apar izolat, criticate de către subiect şi fără o modificare de ansamblu a stării psihice. Problema continuă să fie în dezbatere.

5. Trupul şi perceperea sa

Psihologia ştiinţifică ce s-a interesat mult de studiul percepţiei a uitat o mare parte din timp de propriul corp al omului. I-a atras atenţia patologia neuropsihică. Dintre cele cinci simţuri invocate de Aristotel, văzul şi auzul sintetizează informaţii de la distanţă, pipăitul şi gustul sunt simţuri de contact, iar mirosul unul intermediar, învăluitor. Aristotel invoca şi un al şaselea „simţ comun” – „Koinos aistesis” – care le reuneşte pe toate, trimiţând informaţiile către intelect, prin intermediul imaginarului.

Atenţia faţă de propriul corp a fost într-un fel pregătită de atitudinea lui Locke, care, respingând cartesianismul, acorda corporalului nu doar plasare în spaţialitatea externă, ci şi calitatea de soliditate. În sec. XIX psihologia germană a diferenţiat, prin Weber, între „Tastsinn” – ca simţ al contactului – şi „Gemeingefühl” – ca sensibilitate comună. Psihopatologia s-a orientat după aceste coordonate. Astfel, în a doua jumătate a veacului, s-au descris „halucinaţiile cutanate”, sub formă de furnicături, parestezii, „senzaţii de şoc electric” etc., ce apăreau la nivelul pielii în intoxicaţia cu cocaină sau belladona. A fost comentat „delirul dermatozic”, în care subiectul resimte cum animale mici se mişcă sub piele. Iar în delirium tremens apăreau gândaci, păianjeni, viermi ce erau resimţiţi cum urcă pe suprafaţa corpului.

Cât priveşte sensibilitatea comună, în Franţa s-a comentat „cenestezia”, care se referea la senzaţia de bine corporal pe care o resimte omul odihnit şi satisfăcut, pe baza informaţiilor interoceptive şi proprioceptive. Pe acest fundal se desfăşoară senzaţiile de durere şi plăcere, foame şi greaţă, senzaţia de sufocare şi palpitaţiile, disconfortul corporal. Alterarea cenesteziei a fost comentată de psihopatologii francezi ca „cenestopatie”, ce consta din senzaţii corporale neplăcute, distincte de durere, ce sunt resimţite în diverse părţi ale corpului şi pot fi migratorii. Oboseala, astenia, pot fi şi ele resimţite corporal. Şi la fel senzaţia de „devitalizare corporală” din depersonalizare, ce se poate însoţi şi de iluzii ale formei corporale.

Receptarea perceptivă a propriului corp nu poate avea diapazonul de diferenţiere pe care-l oferă văzul şi auzul, centrate pe universul înconjurător. Caracteristica de bază a receptării propriului corp este tocmai o permanenţă sensibilă fără conţinut. În mod normal, câtă vreme e sănătos, omul nu-şi percepe conştient corpul. Problema a început să fie analizată mai detaliat când s-au evidenţiat simptomele neurologice ale „membrului fantomă” – adică senzaţii resimţite într-un membru amputat – şi cele ale „asomatognoziei” – adică o neresimţire ca aparţinând de sine a unor părţi din corp (sau a jumătate din corp, în cazul hemiasomatognoziei). Sub patronajul doctrinei facultăţilor psihice s-a dezvoltat conceptul de „schemă corporală”, ce se referă la sinteza neuropsihică a limitelor propriului corp, care diferenţiază între spaţiul exterior şi cel intracorporal, asigurând în acelaşi timp sentimentul apartenenţei la sine a corporalităţii. Această noţiune a stat la baza unor importante dezvoltări în psihologie şi psihopatologie. Schema corporală fundează delimitarea psiho-corporală – şi nu doar corporală - care desparte interioritatea propriului psihism de exterioritatea lumii înconjurătoare. Exterioritate organizată spaţial, în care se plasează şi alte persoane umane, cu subiectivitatea lor cu tot. Pornind de la limitele astfel constituite,

subiectul percepe ambianţa ca un câmp spaţial al acţiunilor posibile, calculând distanţele şi imaginând strategiile de acţiune ce vor fi realizate prin instrumentalitatea propriului corp.

Schema corporală stă la baza imaginii corporale, prin intermediul căreia subiectul se reprezintă pe sine în raport cu perceperea şi evaluarea sa psiho - fizică de către alţii. Imaginea corporală e perturbată în dismorfofobie şi e implicată în delirul de relaţie senzitivă, în care subiectul se simte continuu privit de către alţii.

Interioritatea trupului de obicei nu e resimţită. În oboseală, totuşi, trupul e resimţit particular „greu", neplăcut. În emoţii simţim că inima bate puternic; în spaimă e trăită uneori ameţeala; în scârba faţă de anumite mâncăruri – dar şi faţă de împrejurări şi oameni – putem resimţi greaţă. În interioritatea corpului se plasează durerile, care sunt principalul nostru semnal pentru boală. În psihopatologie se mai menţionează modificarea senzaţiei de „bine corporal" a cenesteziei, sub forma unor senzaţii corporale neplăcute, divers localizate şi descrise, sindrom indicat prin termenul de cenestopatii.

Autoperceperea corporală a devenit o importantă temă de studiu către sfârşitul sec. XX, după ce cognitivismul a început să coopereze cu neofenomenologia în studierea psihologiei şi psihopatologiei developmentale. Diferenţierea pe care cognitivismul o face între „perspectiva psihologică (subiectiv intimă) a persoanei întâi" şi „perspectiva psihologică (obiectivantă) a persoanei a treia" se bazează pe dihotomia interior/exterior, introdusă de schema corporală. Psihologia populară (folk psychology) a arătat că oamenii localizează sufletul şi mintea în interiorul propriului corp, în cap de obicei. Şi la fel trăirile emotive, dorinţele, intenţiile. Tot în interiorul propriului corp/psihism se plasează intimitatea secretului personal şi a deciziilor libere. Psihopatologia fenomenelor de „transparenţă psihică" şi de „influenţă xenopatică" constă în sentimentul violării acestei intimităţi psiho-corporale.

Interesul psihologic şi psihopatologic pentru resimţirea corporalităţii a crescut şi datorită utilizării extensive a drogurilor psihedelice, care induc trăiri corporale particulare. Şi, de asemenea, prin liberalizarea sexualităţii ce a crescut interesul hedonic pentru senzaţiile corporale.

Perceperea propriului corp, ca fenomen constant, preconştient, ce stă la baza sentimentului identităţii personale şi reprezintă referenţialul oricărei raportări spaţiale, relevă complexitatea problematicii percepţiei. Percepţie care a fost multă vreme limitată de psihologia experimentală la tema identificării unui obiect exterior, plasat pe un fundal. La nivel corporal, tranziţia între percepţie şi senzaţie e dificil de analizat. La fel ca cea între percepţia propriului corp ca realitate fizică şi cea de trup propriu („Leib" în germană). Trup care e centrul şi sediul sinelui, al identităţii acestuia, axând întreg edificiul subiectivităţii persoanei conştiente.

6. Pseudohalucinaţiile

Sub denumirea de pseudohalucinaţii, medicul rus Kandinsky a descris trăiri asemănătoare halucinaţiilor, dar care nu au caracterul de exterioritate perceptivă. E.g: voci care sunt auzite în cap sau care vin din stomac. El s-a bazat şi pe propriile trăirii psihotice, descriindu-le ca având un caracter senzorial viu, fiind involuntare şi criticate: „Imagini şi cuvinte cu care mă pot distra". Pseudohalucinaţiile îi apăreau ca distincte de fenomenele de memorie, imaginaţie şi percepţie. Jaspers le apropie cel mai mult de reprezentările anormale. Trăirile de tipul pseudohalucinaţiilor sunt apropiate de cele descrise de Baillanger ca „halucinaţii psihice" (ideo-verbale) care se desfăşoară „în spaţiul interior", relativ independente de organele de simţ: „interlocutori invizibili se adresează pacientului la persoana a treia şi îl comentează în interioritatea psihismului său". În sec. XX, Seglas a acordat o atenţie specială unor trăiri de tip halucinator apropiate de gândirea şi vorbirea interioară, pe care le-a denumit „verbo-motorii". Patologie relativ apropiată de cea studiată de afaziologie. Ey şi Claude (1932) corelează

patologia de tipul aceleia descrise de Kandinsky şi cu obsesionalitatea. De Clerambault a apropiat aceste simptome de fenomenele xenopatice care constau în sentimentul impunerii unor gânduri străine, fapt constatat şi criticat de subiect.

Analizând varietatea fenomenelor subiective ce se plasează între memorie, imaginaţie, reprezentare, gândire, vorbire interioară şi percepţie, Seglas atrage atenţia asupra lipsei unui vocabular adecvat pentru aceste trăiri, fapt care frânează studierea lor diferenţiată şi nuanţată. De remarcat că „spaţiul interior" - pe care-l circumscrie iniţial şi bazal schema corporală - se află într-o permanentă fluenţă nu doar cu spaţiul exterior al lumii înconjurătoare; ci şi cu cel intersubiectiv, al relaţiilor cu alte persoane. Dialogul nostru interior cu alţii, răspunsurile pe care le formulăm la posibilele critici sau imputări ale altora, sunt trăiri legitime ale frământatului suflet omenesc. Dar ele se constituie şi ca material primar pentru posibile pseudohalucinaţii, halucinaţii psihice şi halucinaţii audio-verbale.

7. Perceperea celuilalt

Paradigma de cercetare psihologică şi psihopatologică a percepţiei nu a înglobat decât recent problema perceperii altei persoane. Ea a apărut în cadrul studiilor de psihologie developmentală, pe urmele fenomenului de recunoaştere spontană, înnăscută, de către sugar, a feţei umane şi expresivităţii sale comunicante. S-a urmărit şi evidenţiat, prin cercetări atente, dezvoltarea colaborării perceptive cu mama, mai ales prin conjugarea privirii şi împărtăşirii percepţiilor ambientale. Perceperea mamei ca un întreg semnificant, la 8 luni, e o condiţie a declanşării procesului de ataşament. Acesta e concomitent unul de structurare a sinelui personal şi de introjectare a imagoului matern. Percepţia mamei – a imagoului îngrijitorului - evoluează în paralel cu autopercepţia; astfel că la 18 luni copilul se poate recunoaşte în oglindă şi poate imita pe cineva neprezent.

În perioada primilor trei ani, perceperea lumii exterioare de către copil e în permanenţă asistată de mamă şi îngrijitori. Ea se dezvoltă ca o „co-percepţie” cu un partener uman, fenomen pentru care jocurile privirilor din primul an – prin care copilul pretinde mamei să fie atentă la un lucru exterior, care e explorat apoi împreună – este un fenomen matricial. Această co-percepţie bazală, dublată de forjarea universului perceptiv natural sub permanenta acoperire a denumirii lingvistice, induce de la început o specificitate în percepţia umană a ambianţei.

Dezvoltarea perceperii celuilalt culminează cu consolidarea la 3 ani a capacităţii de mentalizare – ToM – prin care copilul identifică direct intenţiile altuia în situaţie, doar privindu-l. El constată dacă celălalt se înşeală sau intenţionează să înşele pe cineva. În ontogeneză se rafinează apoi capacitatea de a percepe disponibilitatea altuia pentru colaborare, pentru înşelare, pentru joc dublu, pentru detectarea propriei intenţii de înşelare, atitudinea celuilalt în raport cu sine etc. Aceste fenomene au ca punct de plecare percepţia situaţională ce e mutată imediat pe o scenă metareprezentativă, pe care se operează cu eventualităţi şi evaluări. Comunicarea expresivă, prin privire, o precede pe cea verbală, ulterior colaborând cu aceasta, în jocul comunicativ din cadrul dialogului.

Perceperea celuilalt se referă la recunoaşterea sa ca om, ca o persoană anume, cu o anumită stare afectivă, atitudine şi intenţionalitate situaţională. Aceste aspecte pot fi perturbate în patologie. Autistul nu percepe clar imaginea mamei. Si nici intenţiile şi gândurile celuilalt în situaţie. El atinge deficitar capacitatea mentalizării. O tulburare neurologică specifică e prosopognozia, în care subiectul nu recunoaşte persoanele familiare; ea se datorează unei leziuni precis localizate în lobul parietal nedominant. În sindromul Capgras, în care pacientul e convins că persoane familiare din preajma sa au fost substituite, se presupune o perturbare neuropsihică a sintezei informaţiilor ce atestă familiaritatea celuilalt. Identificarea corectă a emoţiilor şi atitudinilor altuia e perturbată în schizofrenie, cu predilecţia

de a decoda o semnificaţie expresivă cu intenţii ostile. Ostilitatea celorlalţi, pe care subiectul o resimte în paranoidie, porneşte de la perceperea nemijlocită a figurilor; dar la un nivel metareprezentaţional.

Perceperea celuilalt nu se reduce deci la aspectul situaţional. În cursul ontogenezei, în urma proceselor de ataşament şi introjecţie, perceperea celuilalt capătă o dimensiune transsituaţională, care se referă la cunoaştere şi reprezentare. Perceperea nu e rigid despărţită de evaluare şi de inferenţă metareprezentaţională, inclusiv privitoare la felul în care celălalt receptează şi evaluează subiectul. Perceperea celuilalt implică şi o activitate ideo-verbală interioară a subiectului, care pregăteşte comunicarea cu celălalt; sau elaborează o anumită strategie de relaţionare. Precum şi imaginarea de către însuşi subiect a activităţii ideo-verbale şi a strategiei de relaţionare a celuilalt în raport cu el. Halucinaţiile ideo-verbale, desfăşurate în spaţiul interior conectat cu spaţiul intersubiectiv, pot fi studiate ca o dezimplicare din această activitate normală de relaţionare mentală.

8. Tulburări ale receptării semnificaţiilor

În cel mai general înţeles, percepţia poate fi comentată ca receptarea şi sinteza informaţiilor actuale, structurate ca formă şi semnificaţie. Informaţii ce sunt obţinute din mediul situaţional pe care subiectul îl centrează la un moment dat. Situaţie mai mult sau mai puţin problematică pentru el, la care aderă, de care se simte afectat şi în rezolvarea căreia se simte implicat. Percepţia operează nu doar cu structuri formale ordonate spaţial, ci şi cu semnificaţii şi scenarii semnificante. Psihopatologia evidenţiază acest proces.

Un om cu un delir de gelozie poate percepe corect realitatea din punct de vedere formal, dar să o interpreteze aberant. Astfel, într-o societate, el observă cu atenţie comportamentul soţiei, detaşează din context anumite gesturi sau fragmente de conversaţie şi le interpretează ca avansuri făcute altui bărbat. Dacă percepţia nu e clară şi nuanţată, de exemplu datorită zgomotului sau depărtării faţă de obiectiv,

vagul informativ poate fi completat şi structurat imaginativ. În cazul de faţă, în sensul confirmării ipotezei de infidelitate. O preocupare prevalentă într-o anumită direcţie creează un orizont de aşteptare şi preselectează informaţiile, supraevaluând ulterior anumite semnificaţii. Faptul e valabil, de exemplu, în anxietatea de sănătate, când manifestări corporale obişnuite, aşa cum ar fi tahicardia de efort sunt interpretate ca un posibil semn de boală. Expectaţia, sinteza perceptivă şi interpretarea constituie un continuum cognitiv în care semnificaţia joacă un rol important.

Percepţia, atât cea normală cât şi cea patologică, se corelează cu o situaţie dată. Modelul standard poate fi considerat o situaţie problematică în care el se simte implicat şi în rezolvarea căreia se angajează. Acest fapt ordonează ierarhia informaţiilor din punct de vedere al importanţei lor. Selecţia pe care o operează atenţia, se află în slujba orientării pe care o induce intenţionalitatea subiectului. Problema practică în analiza percepţiilor constă, în fiecare caz concret, în faptul circumscrierii limitelor situaţiei actuale.

În cazul menţionat al omului gelos, un prim nivel este situaţia imediată, cea a evenimentului actual în care are loc observaţia. Acesta se poate înscrie în situaţia mai generală în care, în ultima săptămână, gelozia pacientului nostru a crescut din anumite motive. O dimensionare şi mai amplă ar fi cea a refuzului soţiei din ultimele luni de a accepta cumpărarea unei noi case ş.a.m.d. În permanenţă, situaţiile actuale sunt încadrate de altele, de evenimente mai ample, de perioade de viaţă, de ansamblul biografiei şi expectanţelor. Doar în situaţiile emotive acute, prezentul situaţional trăit pare să se acutizeze. Într-o spaimă puternică sau într-o confruntare periculoasă, subiectul subsumează toate informaţiile perceptive obiectivului major pe care-l impune semnificaţia situaţiei acute; iar fundalul existenţial se estompează.

O stare psihopatologică specială este cea a trăirilor de centralitate şi referinţă, care conduc spre o “dispoziţie delirantă”. Fenomenul e caracteristic delirului primar din schizofrenie. Subiectul pierde structura ierarhizată a raportării situaţionale şi trăieşte sentimentul global şi neprecis că se “întâmplă ceva important” care-l priveşte. Totul, cele mai banale lucruri, par a avea o semnificaţie specială, nefiind întâmplătoare. Sau, percepţia are o dublă semnificaţie: cea evidentă şi explicită, dublată de una ascunsă, care poartă mesaje personale misterioase. Totul gravitează în jurul subiectului, toţi şi toate se învârt în jurul său, ca al unui centru special.

Această centralitate se învăluie de o atmosferă de nefamiliaritate angoasantă, de tensiune, neclaritate şi aşteptare. Iar aşteptarea se încheie atunci când, în urma unei percepţii banale – de ex. vede trecând un poliţist – brusc se clarifică ideea delirantă: „sunt urmărit de Interpol”.

Cazul dispoziţiei delirante, la fel ca cel al derealizării, în care subiectul resimte lumea din jur ca nefirească şi îndepărtată, arată că problematica percepţiei nu se reduce la identificarea obiectelor individualizate şi a relaţiilor dintre ele. Percepţia e imersată într-o ambianţă „atmosferică”, în care un rol esenţial îl joacă familiaritatea cu lumea şi adaptarea la ea.

9. Percepţia situaţională, trăirea prezentului şi psihopatologia

Omul, ca persoană individuală, îşi desfăşoară viaţa angajându-se în diverse situaţii evenimenţiale actuale, pe care le rezolvă şi le depăşeşte integrativ. Evenimentele cuprind de obicei mai multe persoane împreună. Subiectul, pe de altă parte, este în mod natural angajat automat în mai multe situaţii problematice ce se desfăşoară în paralel; şi la care se raportează din perspectiva identităţii sale biografice, de durată. Angajarea participativă în situaţii, trăirea efectivă a acestora, se petrece la diferite intensităţi şi nivele de eficienţă.

În ceea ce priveşte trăirile actuale, acestea diferă în privinţa percepţiei, înţeleasă în sensul său uzual (vezi Fişa a). Se pot distinge :

- Trăiri actuale în care informaţia perceptivă, filtrată de atenţie, joacă un rol important. E.g.: - studierea la microscop a unei structuri; - contemplarea unui tablou; - examinarea unui candidat; - autoinspecţia în oglindă înainte de a pleca de acasă; - efectuarea unei operaţii de către un chirurg; - riposta într-un meci de tenis; - o confruntare fizică cu un adversar; - condusul maşinii în trafic.

- Trăiri actuale în care informaţia perceptivă situaţională e minoră. E.g.: rezolvarea unei probleme de matematică; - luarea unei decizii interioare importante; - amintirea unei situaţii plăcute; - imaginarea întâlnirii în viitor cu o cunoştinţă; - rugăciunea; - un moment de inspiraţie creativă.

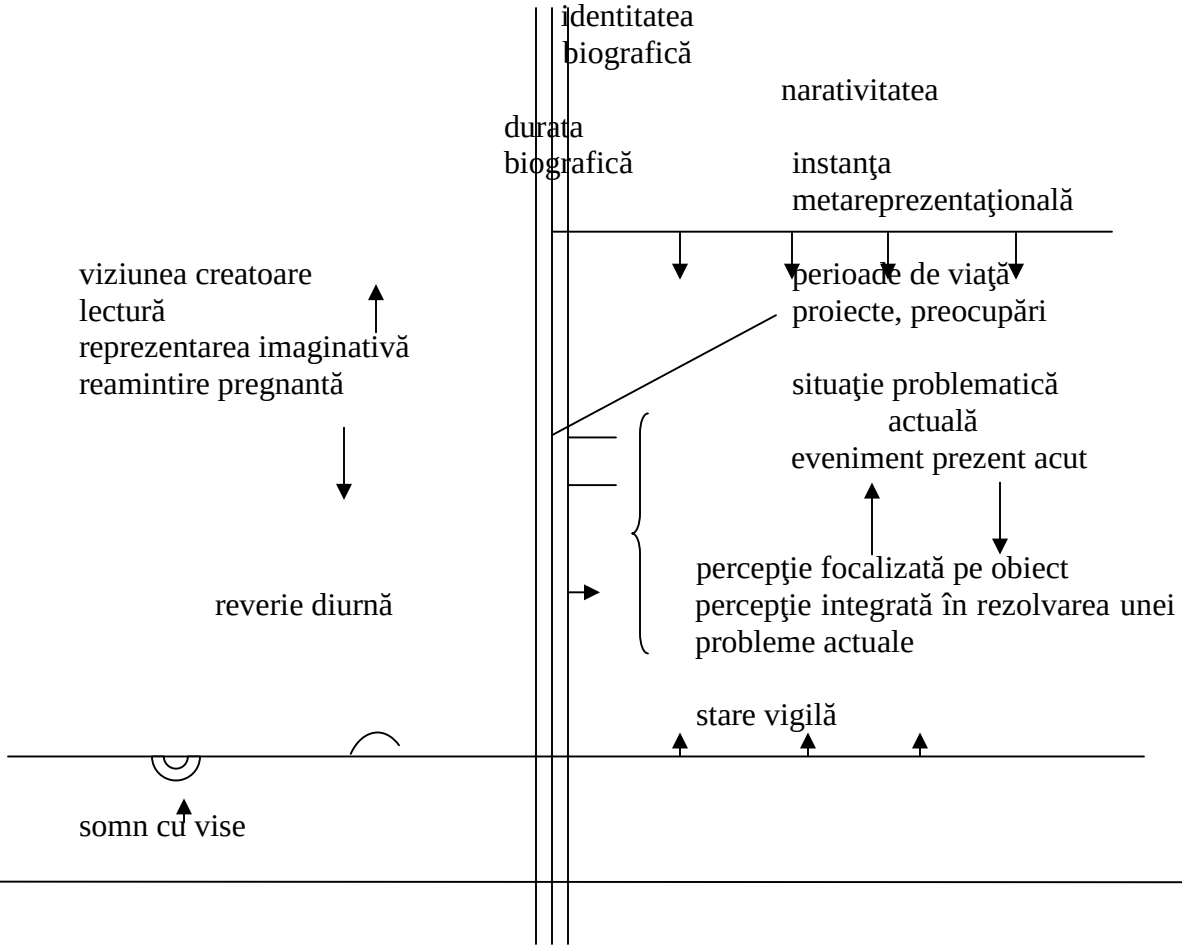
- O situaţie aparte, specifică psihismului individului uman, e cea în care el e atent perceptiv la o derulare lingvistică sau la un mesaj codat simbolic, de obicei prin limbaj; e.g. lectura unei naraţiuni. În aceste cazuri se intersectează două planuri: - Pe de o parte percepţia obiectuală situaţională nemijlocită: a paginii de carte, a ecranului de televizor, a unei picturi, a unei persoane ce vorbeşte, a unui mesaj lingvistic ascultat pe diverse căi. - Pe de altă parte intervine receptarea semnificaţiilor conţinute în narativitatea sau simbolismul susţinut de instanţa logosului, în manieră discursivă sau iconică; aceasta poate fi la rândul ei mai mult imaginativ scenică, ca în cazul unui roman; sau predominent abstractă, ca într-un text de fizică matematică sau de filozofie,

Pe lângă trăirile actuale de diverse dimensiuni temporale, subiectul are preocupări de durată şi e angajat în proiecte ce se rezolvă în timp îndelungat, depăşind variate etape succesive. Urmărirea în timp a preocupărilor şi proiectelor se realizează prin rezolvarea situaţiilor actuale, care sunt singurele ce articulează perceptiv subiectul cu ambianţa lumii înconjurătoare.

Percepţia şi trăirea prezentului. Raportarea omului la ambianţă şi la lume în general (prin intermediul lumii fizice şi umane proxime) se realizează integrând şi transgresând modelul biologic de relaţionare cu mediul pe care indivizii umani îl moştenesc filogenetic. Una din aceste moşteniri constă din oscilaţiile dintre somn (cu vise) şi starea de veghe (vigilitatea conştientă). În stare de veghe subiectul uman se raportează la lumea ambientală implicând relaţiile de intersubiectivitate cu alţii şi universul simbolurilor umane, structurat prin intermediul logosului (al limbajului narativ critic). Trăirile actuale perceptive sunt integrate în raportarea actuală la situaţii problematice, în cadrul unei ambianţe nemijlocite. Iar aceste situaţii actuale sunt la rândul lor cuprinse în preocupări şi proiecte de durată. Toate acestea sunt supervizate în structura psihismului uman de o instanţă a metareprezentării şi se desfăşoară pe fundalul identităţii biografice. Se poate imagina următoarea schemă:

Chenar 27

Structura şi funcţionarea psihismului în perspectiva percepţiei situaţionale. Percepţia şi trăirea unei situaţii actuale se detaşează pe un fundal al unor multiple proiecte şi preocupări ce se dezvoltă în paralel, fiecare axată pe un obiectiv (temă) şi având o proprie linie .....; se configurează astfel straturi temporale suprapuse ce se bazează pe fundalul "duratei identităţii biografice"; prin aceasta, trăirea actuală are în spate o "adâncime a structurilor temporale"



Percepţia e un element central în sinteza comprehensivă şi în rezolvarea situaţiilor actuale, în care subiectul e angajat. Prezentul trăit s-ar putea caracteriza din perspectiva subiectului prin angajarea acestuia într-o situaţie problematică care-l vizează şi pe care o rezolvă, raţionând, controlând, evaluând; şi având tot timpul preconştiinţa faptului că ea poate fi povestită. De exemplu o confruntare

între două persoane într-un conflict fizic direct, într-o partidă sportivă, într-o dispută dialogală, parcurgerea unei probe de examen, redactarea unui eseu sau a unui mic produs manufacturier, a unei reparaţii, trăirea unui accident, rezolvarea unei probleme practice sau teoretice. Toate trăirile situaţionale menţionate, sunt încadrate şi supervizate de o instanţă metareprezentaţională şi se detaşează în raport cu trecutuol pe care-l invocă şi cu viitorul pe care-l întrevede. De fapt viitorul e prezent ca o deschidere în direcţia speranţelor, dorinţelor şi proiectelor, susţinut de imaginarul ce operează cu posibilităţi. Iar trecutul se deschide spre fondul accesibil al cunoştinţelor şi experienţelor înmagazinate de-a lungul duratei biografice. Prin toate aceste articulări prezentul trăit de subiect implică şi narativitatea suprapersonală, cu toţi eroii săi ideali.

Instanţa preocupărilor, proiectelor şi cea a identităţii biografice caracteriale, se sprijină pe prezentul trăit perceptiv. Rememorările, reperzentările, imaginările, viziunile şi conceperea viitorului, intenţiile, programele, proiectele, toate se petrec într-un prezent dat, ca deschideri şi articulaţii transactuale, plasându-se în spatele trăirilor perceptive. Şi integrându-se în structuri temporale de diverse dimensiuni.

Circumscrierea prezentului trăit prin angajarea subiectului într-o situaţie problematică care-l vizează şi pe care o rezolvă, cu preconştiinţa faptului că ea poate fi relatată, e o formulare schematică, în perspectiva unei modelări de referinţă a problemei. Realitatea trăirilor vigile, cele care se desfasoara pe fondul starii de constienta a unui subiect e multiformă, în ea întreţesându-se, aşa cum s-a menţionat, diverse linii de interes, preocupare, acţiune, percepere, imaginare . Raportarea la ambianţă poate fi nu doar activa ci şi contemplativă, de trăire afectiv relaţională, de resimţire a unei bucurii, plăceri, de emoţie sau extaz. De aceea, tradiţional s-a vorbit de “câmpul de conştiinţă a actualităţii” (Ey) fapt care

fenomenologic e mai apropiat de realitate. Dar e mai puţin operaţional, în vederea interpretărilor psihopatologice.

Stările psihopatologice exprimă totdeauna o perturbare, o distorsiune a structurii prezentului trăit de subiect. La un pol, în direcţie psihobiologică, întâlnim deficienţa de vigilitate cu invazia universului oneiroid, din stările de delirium. La alt pol, prezentul trăit e invadat de fantomele imaginativ halucinatorii ce ţin de ordinul narativităţii, care se împărtăşesc din timpul "mitic" al poveştilor, pe care îl invocă Eliade.

Între aceşti doi poli întâlnim variate modalităţi ale destructurării trăirii prezentului ce caracterizează diverse stări psihopatologice : - Incapacitatea de raportare la situaţiile prezente înconjurătoare pe care o trăieşte depresivul repliat pe trecut; - Concentrarea anxiosului pe un prezent punctiform dominat de un viitor imediat nesigur şi periculos; - acutizarea maniacală a unui prezent fără structura şi eficienţa efectivă, aspirat de un viitor a tuturor posibilităţilor favorabile; - imposibilitatea raportării organizate la prezent a obsesivului invadat fără voia lui de amintiri, idei şi intenţii neproductive sau absurde, împotriva cărora lupt sau desfăşoară compulsii. Deficienţa unei coerente structurări a unui prezent personal se poate analiza şi urmări şi în trăirile sau comportamentele impulsive, abulice, astenice, conversive şi disociative de conştiinţă.

*

* *

Un moment de reflexie

Într-o seară, Eugen se întorcea de la teatru împreună cu Eric şi Sorina. Văzuseră piesa „A douăsprezecea noapte sau cum vă place” de Shakespeare, într-o montare clasică.

- E fascinant cum quiproquo-rile pot fi manipulate în teatru, creând situaţii ambigue, făcând ca asemănările fraţilor să ducă la încurcături pe care spectatorul le urmăreşte amuzat. Universul iluzoriu al convenţiei pe care o marchează ridicarea cortinei, scena iluminată din faţa spectatorilor, ne face să trecem cu uşurinţă într-o realitate secundă, ca de vis, în care soarta personajelor pare regizată de un demiurg. Ştiţi că actorii ce-i joacă pe Sebastian şi pe Viola sunt realmente fraţi? Amândoi sunt firi pasionale, aşa că rolurile li se potrivesc.

- În pauză i-aţi văzut pe soţii G.? Ea e la fel de geloasă cum o ştiţi de anul trecut. Nu îndrăzneşte omul să vorbească cu nicio femeie, decât în prezenţa ei. Şi atunci, doar cu multe precauţii.

- L-am văzut şi pe pictorul P. El a făcut scenografia spectacolului. În ultimul timp s-a reorientat spre figurativ şi face portrete reuşite. Mi-a propus şi mie să-i pozez.

- Cum v-a plăcut expoziţia lui Popa’s de caricaturi ale politicienilor, din hol? Le surprinde firea excelent, în stilul lui Doumier. Cred că nu ştie de opera de fiziognomon a lui Le Bonn în slujba regelui Soare.

S-au despărţit în faţa casei lui Vasile.

Eugen a urcat în camera sa şi s-a întins pe divan. Privea ecranul televizorului. Paralelipipedic. Orizontal. Uşa… un paralelipiped vertical… la fel ca şi ferestrele…..ca şi cărţile din bibliotecă….ca şi cărţile de joc. A iluminat ecranul. Se transmiteau secvenţe de la Olimpiada din Londra. Înot, două noi recorduri

mondiale. Într-un bazin de o limpezime cristalină. Paralelipipedic şi el. La volei masculin, surpriză, echipa Federaţiei Ruse învinge Brazilia, după ce era condusă cu doi la zero şi brazilienii au avut două mingi de meci. Tot teren paralelipipedic. La fel ca şi la fotbal, la fel ca şi la tenis, la fel ca în orice sport de confruntare. Ce e cu această formă paralelipipedică ce ne întâmpină până şi în sport… şi peste tot? Chiar şi la biliard. Da, există desigur şi pătratul tablei de şah. Dar e format tot din două câmpuri paralelipipedice, de confruntare. Războirea, lupta aceasta simulată, care e sportul, are nevoie de geometrie colţuroasă. Altceva decât la alergatul liber… sau la circ, unde se potriveşte cercul. Privirea, atenţia, percepţia îţi sunt îngrădite de aceste limite rigide, în interiorul cărora regulile pot funcţiona, bine controlate. Pentru manipularea mingii sferice…Sfera…fiinţa perfectă a lui Parmenide… Pentru a permite desfăşurarea încordată a confruntării, îndrăzneala şi fantezia, priceperea subtilă şi hazardarea în risc, tenacitatea, pariul şansei, victoria, gloria, cununa de lauri, Odele lui Pindar!... Ce lume pasionantă, ce frumuseţe mândră, ce spectacol captivant se petrece în această lume convenţională a jocului, în universul pe care-l circumscrie paralelipipedul!....

…Ca şi depărtările ce curg spre orizont, din peisajul mărginit de rama paralelipipedică şi atârnat pe perete….ca şi farmecul peripeţiilor dintr-o piesă de teatru, desfăşurată în decupajul convenţional al scenei, în succesiunea finită a scenelor şi actelor…

A închis televizorul. A deschis cartea ce o avea la căpătâi. Don Quijote peregrina pe plaiurile Castiliei eterne, călare pe Rocinante, întâlnind morile de vânt şi închinându-şi victoriile Dulcineei del Toboso. Oare n-a existat Dulcineea? A existat, desigur, dar nu era Dulcineea. Oare nu pricepea el clar lumea? Oare o privea cu ochelarii aceia miraculoşi ai culturii, pe care-i câştigase citind o viaţă întreagă isprăvile cavalerilor rătăcitori? Dar nu-i vedea el oare pe aceştia, „în carne şi oase”, mai clar decât pe gospodarii din La Mancha?

„- Preotul: spun că neliniştea mea stă în neputinţa de a da crezare în vreun chip faptului că toată acea mulţime de cavaleri rătăcitori pe care domnia ta, seniore Don Quijote, i-ai pomenit, ar trăi aievea şi ar fi fost făpturi în carne şi oase; ba dimpotrivă, îmi închipui că totul e ticluire, basme, minciuni, vise povestite de oameni treji, mai bine zis, pe jumătate adormiţi.

- Şi asta-i o altă greşeală, răspunse Don Quijote, în care au căzut mulţi ce nu cred că au trăit astfel de cavaleri pe lume, şi eu de multe ori, cu feluriţi oameni şi cu felurite prilejuri, am căutat să scot la lumina adevărului acest eres atât de răspândit; uneori nu mi-a izbutit încercarea; alteori, însă, mi-a izbutit, când am sprijinit-o pe umerii adevărului; care este atât de vădit, încât pot să spun că l-am văzut cu ochii mei pe Adamis de Gauda, care era un om înalt la trup, bălan la faţă, cu barbă frumoasă, deşi neagră, cu căutătura blajină, scurt la vorbă, greu de mâniat şi iute la împăcare."

Ce e iluzia? Ce e halucinaţia?....atunci când perceperea lumii înconjurătoare omul trebuie s-o facă – nu are cum s-o facă altfel – prin prisma culturii?

Fişe privitoare la percepţia situaţională

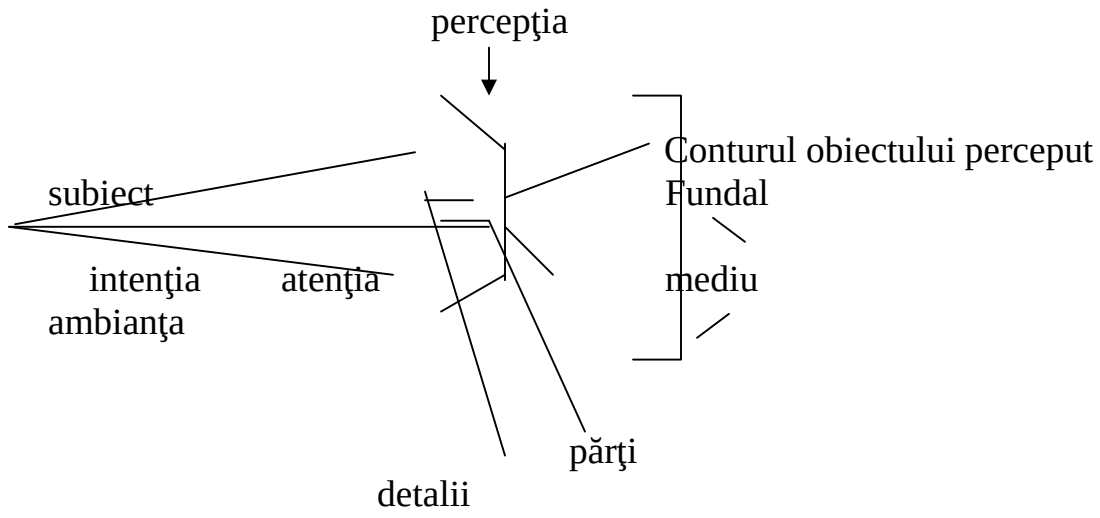
Fişa a. Percepţia unui obiect şi deficienţa „coerenţei centrale" în autism

În procesul psihologic standard al percepţiei, subiectul vizează un obiect plasat spaţial în afara corpului său, pe care-l decupează pe un fundal, în primul rând prin contur şi semnificaţie. Percepţia obiectelor stabileşte şi o distanţă spaţială a acestora faţă de propriul corp şi relaţii geometrice între ele. Precum şi alte diverse aspecte: mărime, culoare, alte calităţi senzoriale, mişcare, corelaţii.

Obiectul perceput e de obicei constituit din părţi (detalii) ce sunt integrate în mod structurat într-un ansamblu. Fundalul pe care obiectul se delimitează are şi el o structură de profunzime, accesibilă subiectului perceptor; acesta poate investiga ambianţa şi reconfigura percepţia. El îşi poate concentra succesiv atenţia pe diverse obiecte sau ansambluri perceptive.

Chenar 28

Percepţia unui obiect în perspective funcţiei “coerenţei centrale”



Funcţia „coerenţei centrale” se referă la integrarea părţilor în ansamblul perceptiv, demarcat clar, dar flexibil, pe fundal.

Deficienţa coerenţei centrale constatată în autism constă în: - atenţie centrată pe părţi (detalii), cu dificultatea conturării ansamblului; - limite prea vagi sau prea rigide ale conturului în raport cu fundalul; percepţia e decontextualizată; - intoleranţa la schimbare;- dificultăţi în flexibilitatea explorării fundalului; - stereotipii; - preocupări constructive şi matematice.

În formele mai uşoare de relaxare a coerenţei centrale, persistă atenţia acordată detaliilor şi dificultatea de a percepe în mod armonios, concomitent obiectul şi fundalul său, structurat în profunzime. In mod obişnuit, fundalul unei percepţii situaţionale are caracterul unei ambianţe ce e percepută „atmosferic”, oferindu-se prin sugestii şi implicaţii.

Fişa b. Psihologia experimentală, percepţia şi gestaltism-ul (după Wikipedia)

În sec. XIX psihologia experimentală a fost dezvoltată de W. Wundt, elev al filosofului Helmholtz. El a deschis în 1879 un laborator de psihologie la

Leipzig în care studia fenomene ale „percepţiei interioare” imediate: senzaţii, simţiri, imagini. Wundt susţinea că auto-observarea ce durează un timp mai lung, nu poate fi studiată experimental, rămânând în zona de interes a umaniştilor şi a psihologiei populare. Elevul lui Wundt Kulpe, a fondat la Würzburg în 1896, un alt laborator psihologic, susţinând – împreună cu Buhler, Marbe şi alţii – că pot fi realizate experienţe valide şi pentru stări de conştiinţă complexe, ce durează mai mult timp („imageless thought” în engleză), în direcţia reprezentării şi rezolvării de probleme. Continuând ideile celor din Würzburg, la Berlin s-a constituit o şcoală a psihologiei gestaltiste (Gestalt=formă, configuraţie) prin Wertheimer, Kohler, Koffka. Aceştia au dezvoltat ideile filosofului Ehrenfels care susţinea că în cadrul percepţiei intervine şi un alt element decât cel al receptării datelor senzoriale; şi care le organizează în forma unui întreg. Exemplul clasic era cel al unei melodii. Dar şi în cadrul percepţiei vizuale, forma ansamblului e cea care organizează părţile. Şcoala gestaltistă a dezvoltat o serie de experimente convingătoare, pe oameni şi animale, mai ales în aria percepţiei vizuale şi auditive, care demonstrează subordonarea părţilor receptării ansamblului configurat. Termenii de „structură”, „organizare”, au devenit centrali în psihologia percepţiei şi a înţelegerii. Koffka a subliniat importanţa simbolurilor semnificative („Sinn” în germană) în toate aspectele cunoaşterii.

Şcoala psihologică gestaltistă s-a desfiinţat odată cu venirea naziştilor în Germania şi emigrarea membrilor săi. Spiritul gestaltismului a influenţat fenomenologia husserliană şi psihopatologia clinică germană. Renaşterea actuală a gestaltismului în psihopatologie se realizează în marginea conceptului cognitivist de „coerenţă centrală”, aplicată în studierea autismului infantil (Uta Frith).

Principiile psihologiei gestaltiste şi ale funcţiei coerenţei centrale se aplică şi altor aspecte ale psihismului conştient al persoanei. Acestea se referă la: - delimitarea subiectului intenţional, în desfăşurarea de către el a unui proces intenţional structurat, ordonat ierarhic, până la realizare; - organizare concentrică, ordonată ierarhic, a persoanei, centrată de sine; - organizarea ierarhic structurată a ambianţei şi lumii proprii.

Fişa c. Interesul filozofiei pentru percepţii

Conceptul de percepţie, neexistent în gândirea antichităţii, s-a conturat după Renaştere. După ce Francisc Bacon (1561-1626) a amintit despre diferenţa între percepţie şi sentiment, Leibnitz (1646-1716) a fost filozoful ce a introdus (la începutul sec.XVIII) explicit percepţia în recuzita filozofică, în corelaţie cu concepţia sa monadologică, privitoare la individualităţile ideale care nu comunică între ele. Acestea urmau însă să comunice cu lumea din jur prin percepţiaq ce reuneşte într-o unitate multiplicitatea datelor senzoriale. Apercepţia, noţiune

introdusă tot de Leibnitz, înseamnă pentru el raportarea reflexiv conştientă la sine a subiectului ce percepe situaţional. Dar şi aspectul constant, neschimbător, care unifică întreaga experienţă ca fiind a unui subiect.

Pasul următor e făcut de Christian Wolff (1679-1754), care scrie în sec.XVIII primele cărţi cu titlul « psihologie » : « Psihologia empirică » (1732) şi Psichologia rationalis (1734). El comentează percepţia ca un act al minţii prin care aceasta îşi reprezintă ceea ce se întâmplă în afara sa. Dar, subiectul percepe nu doar culori, sunete mirosuri, ci şi pe sine şi propriile activităţi. Schemaa percepţiei are la Wolff două aspecte : reprezentarea conţinutului şi actul mental de a-şi reprezenta. Iar percepţia, în ansamblul ei devine conştientă prin actul de apercepţie. Apercepţia ar fi actul de voinţă prin care cineva e atent la propriile sale operaţii mentale, făcând ca percepţia să devină mai clară şi distinctă. Această concepţie a stat la baza psihologiei experimentale introspectivă preconizată de Wund în ssec.XIX.

Perspectiva cogitoului lui Descartes nu era direct deschisă pentru problematica percepţiei. În schimb, empirismul anglo scoţian a lui Locke şi Hume a fost mai favorabil faţă de această problematică, care favorizează cumularea inductivă de date observabile.

Kant, în „Critica raţiunii pure", lasă problematica percepţiei în zona periferică a fenomenelor, acordând însă mare importanţă apercepţiei. Prin apercepţie el înţelege o instanţă apriori, care realizează sinteza unificatoare a multiplicităţii şi diversităţii fenomenelor ce se oferă astfel conştiinţei (eului). Kant este cel ce impune un nou înţeles în limba germană conceptului european de conştiinţă, prin (Ich) Bewusstsein. Atât eul, cât şi conştiinţa sa, ca aspecte centrale ale sistemului cognitiv ontologic, sunt comentate atât în „genere", cât şi ca variantă individuală. Dar referinţă la eul individual are în vedere doar gândirea în sensul expresiei „eu gândesc" ; nu şi percepţia.

Percepţia devine o problemă filosofică explicită în sec. XX. Întâi pentru Bergson, care se interesează de datele nemijlocite, imediate ale conştiinţei. Apoi, pentru fenomenologi şi existenţialişti. În fenomenologia lui Husserl, percepţia devine însăşi modelul relaţiei noetico noematice a egoului transcendental cu lumea. Faptul poate fi corelat până la un punct cu afinitatea lui Husserl faţă de ideea monadologică. Dar egoul transcedental se diferenţiază de egoul empiric, ca un fundal generic al acestuia. Un aspect particular apare în finalul gândirii lui Husserl când intervine conceptul de apercepţie a propriului corp – ca parte a lumii – ce se poate conecta, prin analogie, cu corporalitatea altui ego, conducând la intersubiectivitatea transcedentală. **(2)** Pornind de aici, Merleau-Ponty a mutat problematica spre o intersubiectivitate intercorporeală, apropiind filosofia de abordare empirică a percepţiei. **(3)**

Fişa d. Percepţia în lumea biologică a evoluţionismului

Evoluţionismul actual pune accent pe modificările tot mai complexe ce s-au produs în universul biologic, în baza presiunii de adaptare la mediu a populaţiei speciilor. Faptul presupune competiţia indivizilor pentru supravieţuire şi reproducere în cadrul unui mediu cu resurse limitate şi cu adversităţi; precum şi competiţia speciilor şi a altor mari unităţi biologice. În cadrul relaţionării cu mediul, schimbul informaţional de tip perceptiv al indivizilor e esenţial. Procesul informativ conjugat cu strategiile şi acţiunea realizatoare, girează apariţia şi consolidarea evolutivă a unor organe morfologice şi funcţionale; precum şi a sistemului central (nervos) de prelucrare a informaţiilor. Procesul adaptativ evolutiv e centrat de capacitatea rezolvării problemelor concrete din mediul ecologic, percepute ca atare de indivizi şi populaţie.

Percepţia corectă, necesară supravieţuirii în condiţii de competitivitate, e o funcţie adaptativă pentru orice individ biologic. E vorba însă de percepţia problemelor situaţionale, la care informaţiile localizate obţinute prin organele de simţi, doar participă. Aceste organe receptoare şi structura de prelucrare central cerebrale dau însă forma reprezentării semantice a lumii ambientale în individ. Câinele, cu vedere laterală şi mirosul foarte dezvoltat va percepe altfel ambianţa decât stăpânul său, ce are o privire frontală şi o poziţie bipedă. Omul e mult avantajat în concentrarea psihismului pe zone manipulabile; dar e deficitar în percepţia de tip *atmosferic* pe care o susţine mirosul. Deşi această percepţie contextuală periferică e foarte importantă şi ea. Muzică sprijină accesul spre universul *atmosferic* al *mediului* uman.

(După R.Bogdan, Temeiuri ale cogniţiei. Cum e modelată lumea de către comportamentul teleologic, 1998, Ed. All, Bucureşti)

Fişa e. Percepţia şi artele plastice în sec.XX

(Din notele lui Eugen după vizitarea Centrului Pompidou din Paris)

Când s-au demontat Halele din Paris, o zonă publică trebuia deci valorizată. Aşa încât s-a ridicat o nouă clădire cu formă de Hale comerciale în care s-a instalat Muzeul Naţional de Artă Modernă. În apropiere, zona comercială persistă, aseptică, subterană, alături de minunata şi sobra biserică St.Eustache, în care nu se mai înghesuie mulţimea. La muzeul acesta, ca într-un pelerinaj, trebuie însă să stai ore în şir la coadă, privind de la diverse nivele fiarele colorate ale construcţiei sale, ca imagini din picturile lui Leger. Experienţa e însă extraordinară, căci la capătul tuburilor ce te conduc pe scări rulante până la ultimul etaj, ai şansa să admiri cea mai frumoasă panoramă a Parisului. Privirea îmbrăţişează atmosferic istoria şi mândria acestui oraş. Clădiri măreţe de pe vremea când au pornit Cruciadele. Aşa ceva nu se poate însă picta. Apoi, intri prin săli. E clar că în sec.XX a dispărut din artele plastice narativitatea, după atâtea veacuri în care ea a înfăţişat povestea

biblică, miturile Greciei şi istoria naţiunilor Europei. Vechiul ataşament al artelor plastice pentru decorarea de biserici şi palate, s-a metamorfozat în „design” şi forme colorate impresionante. Totuşi, suntem într-un univers ce continuă să se adreseze contemplării perceptive. După ce impresionismul a interpus aerul şi lumina între contemplator şi obiectele lumii, acestea au rămas în izolarea infrastructurii lor elementare; şi în ipostaza unor provocări simbolice.

Suprarealismul şi expresionismul au menţinut câte ceva din narativitate. Totuşi, doar catolicul Dali, a cărui retrospectivă tocmai se află la ultimul etaj, mai menţine emfaza naraţiunii. Acum ştim însă cu certitudine, că lumea noastră înconjurătoare nu se opreşte la figuri şi simţuri, la ceea ce vedem şi pipăim. Ochiul nostru merge dincolo de celule, de câmpurile şi cuantele atomilor, de universurile subacvatice ce însumează fenomene îndelungate, precum înflorirea unei poeni. Percepţia estetică şi armonia posibilă a lumii, frământă în continuare gândurile… Platon deriva din Eidos, Ideia…

Ce e percepţia?..... Ce e cu această invenţie europeană a lui Leibnitz?

Capitolul V Note şi Bibliografie

1. Halucinaţiile au fost simptome de prim interes în perioada psihiatriei azilare, ulterior preocuparea în această direcţie estompându-se. Ultima mare monografie e cea publicată de H.Ey în 1973.O altă lucrare de sinteză franceză din 2002 .indică varietatea condiţiilor în care apar fenomene de tip halucinator.

80. Ey H., (1973), Traité des Hallucinations, Ed.Masson, Paris
81. Fénelon G., Cambier J. Widlocher D. (Eds) (2002), Hallucinations, regard croisés, ed.Masson, Paris.

Halucinaţiile au făcut tot timpul parte, împreună cu delirul şi dezorganizarea, din ceea ce s-a numit „tulburări psihotice". În perioada instituţionalizării bolnavilor psihici, intervenea probabil la întreţinerea şi accentuarea lor şi deprivarea informaţională. De asemenea, frecvenţa crescută a stărilor de delirium, în care femomenele halucinator vizuale de tip oniric erau în prim plan. Reducerea în cultura actuală a trăirilor mistice intense şi a stărilor disociative de conştiinţă de tip transă, a contribuit probabil şi ea la acelaşi fenomen de estomparea problemei halucinaţiilor. Polarizarea ce s-a făcut aproape de la început între halucinaţiile vizuale şi cele ideo-verbale rămâne încă valabilă. Ultimele, integrate în simptomele de prim rang Schneider, se corelează cu fenomenele de transparenţă influenţă şi cu trăirea „centralităţii referenţiale", rămânând totuşi distincte de acestea. La fel de importantă ca în urmă cu 100 de ani este relaţionarea -dar şi distincţia- halucinaţiilor faţă de pseudohalucinaţiile reprezentaţionale.

2. Husserl începe să pună bazele fenomenologiei sale pornind de la matematici, de la intuirea de către conştiinţă a semnificaţiilor numerelor. Pe măsură însă ce dezvoltă ideea "reducţiei fenomenologice"pornind de la "lumea vieţii"până la instanţa "egoului transcedental" referinţa la percepţie e tot mai insistentă. În analizele sale însă percepţia e analizată din tradiţionala perspectivă contemplativă a unui obiect static ce se află în faţa unui subiect perceptiv Husserl nu are în vedere percepţia ca element al informaţiei despre lumea exterioară integrată în proiectul de rezolvare a unei situaţii problematice. Şi nici filtrarea informaţiei perceptive prin limbajul angrenat într-un "joc lingvistic" în sensul analizelor lui Wittgenstein. Moştenirea husserliană rămâne importantă nu doar pentru că inversează sensul monadologiei lui Leibnitz invocând nu entităţi ideale ci o lume perceptivă reală şi articulează spaţialitatea corporală cu tradiţionala temporalitate cu care era asociat cogito-ul şi sinteza raţiunii, ci şi pentri culminarea analizelor sale cu tema intersubiectivităţii intercorporeale. Pentru ieşirea din direcţia solipsismului, Husserl elaborează în Meditaţia carteziană fundarea alterităţii în infrastructura egoului transcedental. Demersul face apel la apercepţia corporalităţii proprii, într-un sens care aminteşte de Wolff. Propriul corp, face parte din lumea perceptibilă fiind în acelaşi timp toposul de inserţie mundană a egoului transcedental. Apercepţia propriei corporalităţi permite o analogie cu percepţia corporalităţii celuilalt; şi astfel transpunerea în această corporalitate a unui ego şi a unei subiectivităţi transcedentale, similară cu cea pe care subiectul cogitând o regăseşte în sine.

Deşi demersul lui Husserl se realizează în câmpul filozofiei tradiţionale, fenomenologia sa are o articulaţie intrisecă cu "psihologia empirică", de care se străduie tot timpul să se detaşeze.Şi în această direcţie trimiterea lui Wolff e sugestivă. Această situaţie a permis dezvoltarea ulterioară a fenomenologiei într-o direcţie de articulare cu cercetarea empirică.

3. Opera principală a lui Merleau Ponty se intitulează expresiv "Phénomenologie de la perception". Autorul pleacă de la ideile lui Husserl din ultima perioadă, acceptând că de la

nivelul conştiinţei empirice (a psihologiei persoanei concrete) se poate coborâ la un nivel bazal şi general, al egoului transcedental. Dar, între aceste două instanţe nu mai e presupusă o reductie fenomenologica autoanalitic meditativa ca la Husserl. De asemenea, Merleau-Ponty asimilează, ca punct de plecare tema intersubiectivităţii, bazată pe percepţia corpului celuilalt. Dar analizând fenomenul perceptiv, el nu ignoră contribuţiile psihologiei gestaltiste (configuraţioniste), care se bazează pe experimente de laborator. Şi nici contribuţia neuropsihopatologiei, care evidenţiază tulburările perceptive – ale percepţiei de sine, a propriului corp şi ale percepţiei celuilalt – care decurg din leziuni şi suferinţe cerebrale. Prin această poziţionare, tema intersubiectivităţii intercorporeale, deşi rămâne una fenomenologică – centrată pe datumul primar al conştiinţei reflexive, autoanalitice – se înscrie în universul posibil al cercetătorilor empirice.

Demersul lui Merleau-Ponty constituie baza revigorării neofenomenologice psihopatologice după 1990. Intersubiectivitatea, ca relaţie între două sau mai multe fiinţe conştiente, este considerată cu un dat primar, care se cere studiat ca atare. Un moment important îl constituie conjuncţia cu cognitivismul, care acceptă “perspectiva subiectivă a persoanei întâi”.Cercetările privitoare la cogniţia socială, mai ales la nivelul psihologiei şi psihopatologiei developmentale, au întărit această colaborare. Recentele studii în direcţia ToM susţin ideea unei intersubuiectivităţi primare, între mamă şi sugar.

Capitolul al VI-lea

Romanul, personajele şi vidul depersonalizării

Într-o seară, Alexandru a venit în casa lui Vasile ca să-l întâlnească pe prietenul său Eugen. Aşteptându-l, a asistat la discuţia dintre Vasile şi Profesorul P. Dialogul se referea la roman şi la personajele acestuia.

- Romanul european a fost un excelent laborator de analiză a psihologiei persoanei umane, iar contribuţia sa nu a fost încă egalată de psihologia ştiinţifică. Pe lângă dezvoltarea fără precedent a caracterologiei, în cadrul înfăţişării şi analizei moravurilor, el a adus contribuţii nepreţuite la studierea temporalităţii psihologice, a motivaţiei, punctelor de vedere, convingerilor, dinamicii relaţiilor interpersonale intime, autoanalizei şi multor altor aspecte. Însăşi narativitatea caracterizantă şi autobiografică sunt aspecte psihologice fundamentale, pe care doar în prezent personologia începe să le evidenţieze sistematic. (**1**)

- Romanul e şi o instanţă culturală care aduce în lumină tehnologia logosului, contribuind la parametrii de caracterizare ai unei culturi. În Europa el datorează mult tiparului şi lansării picturii laice centrată de portret. Iar continuarea funcţiei sale prin filmul de artă şi de televizor e evidentă, corelată cu noile tehnologii mass-media. Dar nu ar trebui uitată demonstraţia clasică pe care o face Curtius în „Literatura eUROPEANă Şi Evul Mediu Latin”, carte în care relevă rolul jucat de retorica greco-latină în edificarea culturii literare a Europei. Odată ce elementele acestei arte au fost mai bine cunoscute, prin redescoperirea în Renaştere a cărţilor lui Quintilian şi studierea atentă a „Topicii” şi „Retoricii” lui Aristotel, a devenit clar rolul pe

care-l joacă argumentaţia realizată prin invocarea locurilor comune. Precum şi rolul stilistic al tropilor. Dar mai ales ordinea prezentării părţilor în discurs pe care o studiază taxisul. Pentru că a fost invocată temporalitatea, se poate remarca faptul că prin taxis, trecutul, prezentul şi viitorul pot fi prezentate în naraţiunea diverse ordini şi combinaţii. Pe când cel ce citeşte îşi consumă în mod ireversibil prezentul.

- Psihologic vorbind, raportarea cea mai instructivă este cea dintre roman şi biografie. Desigur, sursele romanului pot fi considerate multiple, coborând până la arhaicele povestiri mitice şi trecând prin epopei, legende, povestiri populare, istorisiri, diverse istorii oficiale. Dar, referitor la biografie – aşa cum au prefigurat unii istorici romani, şi la autobiografie – aşa cum a prefigurat Augustin, se ridica problema cursivităţii şi succesiunii liniare a timpului persoanei, între naştere şi moarte. Romanul biografic a apărut, desigur, tardiv. Dar în orice roman apar eroi ce desfăşoară o istorie de viaţă. Istorie ce e urmărită deseori până la moarte. În Bildungsromanele epocii romantice se avea în vedere parcurgerea perioadei de formare a personalităţii. Pornind de la perspectiva simplificatoare a unei biografii cursive, în romane se poate urmări însă şi ceea ce îşi amintesc alţii despre eroi, după ce el a murit. Şi, la fel, ce cred aceştia despre el câtă vreme e încă în viaţă. Cât priveşte perspectiva temporală a propriei existenţe văzute din interior, aceasta e prezentă de asemenea în roman, prin descrierea trăirilor sale actuale, a amintirilor şi proiectărilor sale in viitor. Psihologia experimentală şi cea care se centrează pe tehnici de investigare reproductibile, a avansat relativ puţin în direcţia studierii acestei multitudini de perspective temporale. Care nu doar sunt extrem de diverse, dar se şi întâlnesc efectiv în viaţa noastră de zi cu zi.

- Faptul că romanul european a luat un mare avânt în urma tehnologiei tiparului a făcut să se lărgească enorm agora în care acest produs cultural e consumat. Şi, totuşi, el se citeşte în intimitate. Polarizarea între zona intimă a psihismului personal şi cea publică, a manifestării în mijlocul populaţiei anonime şi oficiale, s-a dezvoltat, desigur, odată cu structura administrativ ierarhică şi urbană a civilizaţiei umane. Durata acesteia se extinde peste multe mii de ani. Pe de altă parte, intimitatea raportării omului la Dumnezeu, mai ales prin rugăciune, are şi ea o tradiţie de peste 2000 de ani în religia iudeo-creştină. Tehnologia scrisului a permis apoi lectura solitară. Aceasta s-a redus multă vreme la elite. Dar după ce s-a declanşat alfabetizarea, adică lărgirea procentului celor capabili de lectură, ea a favorizat adâncirea vieţii solitare pentru mulţi. Dar într-o modalitate în care ceilalţi, universul uman populat de personaje şi evenimente, să fie prezenţi în refugiul singuratic al acestuia. Spre deosebire de spectacolul teatral, romanul cultiva solitudinea, dublată de o desfăşurare umană amplă, într-un teatru imaginar specific.

- Revenind la psihologie, conştiinţa reflexivităţii prin care omul se raportează la el însuşi, analizându-se şi caracterizându-se, are indiscutabil o bază în relaţionarea sa cu alţii, în dialog, înţelegere mutuală şi în confruntare. Important e şi faptul că fiecare poate comenta, eticheta şi caracteriza public pe alţii, ştiind că şi el e în permanenţă comentat, etichetat şi caracterizat de ceilalţi. Aspecte pe care literatura romanescă le-a cultivat din plin, încorporând dialogul, caracterizarea şi comentarea personajelor de către alţii, inclusiv autoanaliza şi comentarea subiectului de către el însuşi, în perspectiva relaţionării sale cu alţii. Ştiinţa psihologică abordează cu dificultate studierea acestui câmp interpersonal social de dialog şi caracterizare. În raport cu care ceea ce se întâmplă în interiorul psihismului

individual, este doar un reflex. Deşi psihologia narativă a persoanei, abordată după parametrii ştiinţifici actuali, începe să facă paşi importanţi. Totuşi, romanul rămâne până în prezent cel mai larg experiment realizat de om în această direcţie.

- Tehnologia naraţiunii, bazată pe tradiţia taxisului retoric, îşi are regulile şi posibilităţile ei. În Don Quijote naraţiunea de bază e liniară, prezentând peripeţiile succesive ale eroului. Acestea au însă ca model exemplele cuprinse în naraţiunile despre cavaleri, citite de erou. Şi care circulau sub formă de legendă. În partea a doua a cărţii însă Don Quijote se întâlneşte cu cei care citeau cartea despre el, inclusiv o falsă tipăritură care descrie isprăvi pe care, doar urma să le facă. Şi el protestează în faţa unei ficţiuni neadevărate, în numele lui Don Quijote în „carne şi oase”. În schimb romanele lui Dostoievski se desfăşoară prin secvenţe determinate în timp, ca actele unei piese de teatru, eroii intrând în ele de obicei cu o biografie prealabilă. Iar după încheierea secvenţelor tragediei, cei ce nu mor, se retrag într-o existenţă discretă. Deseori, naratorul intră în scenă de la început, după care lasă să se desfăşoare vocile personajelor în cadrul unei polifonii.Bahtin,) În romanele lui Proust, timpul evenimentelor, temporalitatea internă a personajelor şi timpul în general, toate sunt scoase la lumină cu o tonalitate aparte. Există apoi romanele de familie, în care poveştile se referă la generaţii succesive, scoţându-se astfel în relief o orbită mai amplă a temporalităţii umane. În orice caz, romanul, expandat prin tipăritură şi prin mijloacele mass media, a multiplicat aproape la nesfârşit tehnologia naraţiunii ce are în centrul ei persoana umană si tesaturile temporalitatii antropologice in care ea poate fi cuprinsa, dincolo de varianta standard a biografiei. Care se foloseşte de altfel nu doar incarti speciale de tip roman ci

si în viaţa de zi cu zi, De exemplu în redactarea de curriculum vitae profesional şi în dosarele de cadre ale serviciilor secrete.

- Modelul biografic e utilizat şi în practica medicală psihiatrică, a intervenit Alexandru. Pentru fiecare caz ce se internează în clinică în vederea diagnosticului şi tratamentului se întocmeşte o foaie de observaţie ce cuprinde şi o minibiografie. Aceasta, pe lângă descrierea şi interpretarea simptomatologiei actuale şi a celei din episoadele anterioare,noteaza si repere ale cursului vietii pacientului,in mijlocul lumii sale umane proxime.. Iar când se face o prezentare de caz, biografia este expusă cevas mai largit, ca jucând un rol important în înţelegerea vulnerabilităţilor şi chiar a tabloului clinic. Ulterior această foaie de observaţie şi documentele ei aferente se depun în arhivă, putând fi consultate de generaţiile viitoare. (**2**)

- Şi ştiinţa psihologică a beneficiat de analize de caz. (**3**) Acestea au fost cultivate de exemplu de celebrul psiholog american Allport. Iar studiul de caz rămâne şi în prezent o unealtă uzitată în cercetarea psihologică. Există, desigur, reguli care se impun pentru ca studiile de caz să fie utilizabile ştiinţific. Adică se practică o tehnologie a cazuisticii.

- Şi in psihiatrie cazuistica e importantă în orice cercetare. Dar ea se defineşte în primul rând prin simptomatologie, prin criterii de includere şi excludere ce se referă mai ales la simptome. În aceste cercetări biografia e de obicei ignorată, redusă la parametrii sociologici ai vârstei, sexului, instrucţiei, ocupaţiei şi statusului marital, familial. Rareori se mai evaluează cantitativ reţeaua de suport social. Pe lângă această cazuistică utilizată în cercetarea statistică, sunt însă şi cazurile analizate mai detaliat, despre care am amintit. Toată opera lui Freud se bazează pe interpretări hermeneutice ale unor cazuri; uneori cazuri de a doua mână, pe care autorul nu le-a studiat personal.

- Pentru personologie şi antropologie sunt importante mai ales autobiografiile. Acestea sunt scrise de obicei de oameni importanţi şi au ca model ordinea succesivă, naturală, a cursului vieţii, la fel ca în cazul biografiilor.Ca su acestea ele fac apel si la, jurnale intime, scrisori, documente adunate, opere produse. Fiind vorba de o naraţiune publică ce se doreşte citită şi de alţii, autobiografia trebuie să respecte regulile narativităţii. Motiv pentru care autorul face deseori apel la un scriitor expert.

- Structura tehnică a naraţiunii, inclusiv a celei biografice, implică talentul şi ştiinţa literaturii în general. Nu e vorba doar de corectitudinea semantică şi gramaticală, ci de organizarea propoziţiilor şi frazelor într-o povestire cu un stil cursiv, astfel încât conţinutul transmis sa aibe buna măsură a simţului comun Precum si pregnanţă evocatorie.El trebuie să atragă şi să convingă. In viaţa de toate zilele intalnim oameni care ştiu să povestească atractiv, colorat, viu; si pe alţii, care relatează sec, monoton, plictisitor. Sau cu prea multe detalii nesemnificative, pierzând cursul principal al naraţiunii. Această abilitate a naraţiunii e corelată, desigur, cu funcţia psihologică a imaginarului. Dar e necesar nu doar ca imaginaţia să fie bogată, căci ea se poate pierde şi în reverii. Ci ca materialul narativ să se poată închega într-o rostire coerentă, clară şi semnificativă. Pentru obiectivul unei informaţii corecte, al unei mărturii, imaginarul trebuie să nu înlocuiască amintirea corectă a faptelor, chiar dacă orice martor al unui eveniment poate avea o perspectivă proprie de percepere, de înţelegere şi de relatare. În această direcţie însă, un imaginar bazal e necesar celor ce creează opere de ficţiune. Aceştia pot împrumuta din experienţele trăite doar modele şi informaţii cu valoare de sugestie ce intră apoi în laboratorul lor creativ. Romancierii sunt o specie particulară de oameni, la fel ca poeţii,

matematicienii, inginerii sau politicienii. Particularitatea lor constă în faptul că excelează printr-un har narativ special.

- Tocmai am de redactat un referat despre trei categorii de tulburări psihice, a intervenit Alexandru: autismul, obsesionalitatea şi schizofrenia deficitară dezorganizantă. În toate aceste cazuri, lipseşte capacitatea de a povesti pregnant, captativ si convingător. Autiştii vorbesc puţin şi dificil. Chiar dacă-şi însuşesc limbajul, se rezumă să redacteze texte în care clasifică lucruri sau monologhează. Obsesivii sunt preocupaţi de ordinea din jur şi de activitatea orientată spre muncă. Limbajul lor e sec, oficial. Când trebuie să elaboreze un text o fac într-un mod ordonat şi sistematic, prezentând o relatare plictisitoare prin precizia amănuntelor. Cât despre schizofreni, gândirea şi vorbirea lor ajunge să fie aşa de dezorganizată, încât devine incomprehensibilă. Ea e haotică, marcată de dezordine totală. În plus, se manifestă un interes major pentru abstracţii, pentru generalităţi, producându-se şi distorsiuni semantice ale cuvintelor şi expresiilor, aşa că se poate ajunge la o „salată de cuvinte". Aceasta e expresia tehnică prin care e caracterizată.

- Ceea ce înseamnă că tehnologia discursului, a relatării coerente şi convingătoare a evenimentelor nu prea funcţionează la aceste cazuri. E drept că naraţiunea, povestirea, e un tip de discurs diferit de cel ştiinţific sau filosofic. Sau de o demonstraţie matematică. Spre deosebire de aceasta, el e unul personalizat, în care sunt invocate multiple persoane corelative subiectului, cuprinse toate în trăirea unor evenimente umane.

În acel moment a intrat în cameră Eugen, care se întorcea împreună cu un coleg de la Universitate, unde avusese loc o manifestare cu ocazia împlinirii a 100 de ani de la naşterea scriitorului de limbă română şi franceză Emil Cioran.

Discuţia despre roman dintre Profesorul P şi Vasile a continuat.

- Romanul clasic, de tipul celor ale lui Balzac şi Stendhal, cu caractere bine conturate şi o dezvoltare epică ce urmăreşte evenimente succesive, e o structură narativă ce s-a păstrat în mare măsură în sec. XX. Dar a crescut accentul pus pe trăirile interioare ale personajelor, pe înlănţuirea discursului într-un montaj de secvenţe temporale particulare şi ponderea semnificaţiilor simbolice. Totuşi, fără caracterul unor personaje, naraţiunea nu poate fiinţa. La Thomas Mann întâlnim o construcţie aproape tradiţională. Dar semnificaţia personajelor, a episoadelor şi ansamblul expunerii au o altă rezonanţă. Mai ales prin trimiterea explicită sau implicită la alte istorii şi teme literare.

- Trimiterea la un univers literar cunoscut şi la personaje anterioare s-a impus din zorile romanului european, evident şi exemplar prin Don Quijote. Şi tot de atunci, tipologia caracterială – cine nu şi l-ar putea reprezenta cu limpezime şi azi pe cavalerul tristei figuri sau pe Sancho Panza – împreună cu un univers problematic ce te provoacă şi îţi dă de gândit. Eroul din La Mancha ne e prezentat clar, ca având o personalitate bine conturată caracterial, dar dublă în plan biografic: cea din timpul romanului şi cea de dinaintea conversiunii sale la ideea de cavalerism. Personalitate de fond la care revine în final. Aspectul monolitic al personalităţii, fie ea şi dublă, s-a menţinut în unele scrieri romantice ale secolului XIX. Dar ea începe să fie disecată de unii romancieri ai secolului următor, ca de exemplu Proust. Personajele acestuia au faţete multiple, descoperă în ei înşişi straturi variate şi contradictorii, astfel încât unitatea şi identitatea persoanei devine o problemă. Psihologii au remarcat deja la Dostoievski, ca să ne referim doar la autorii deja invocaţi, o nelinişte a

personajelor, care relevă instanţe interioare multiple, care parcă intră în dialog una cu alta.Bahtin ,Hermans)

- Literatura romanescă a fost un excelent laborator pentru analiza condiţiei personalităţii umane, cu referinţă la caracterul şi trăirile personajelor. Universul kafkian, marcat de stranietate, s-a pretat atât la interpretări socio-politico-antropologice privitoare la alienare, cât şi la analize psihopatologice. În sec. XX o mare varietate de ipostaze ne-a oferit romanul latino-american a cărui etichetare drept „realism magic" acoperă doar o faţetă a acestui extraordinar creuzet creativ. Operele lui Cortazar, Llosa sau Sabato ne dezvăluie nenumărate unghere ale sufletului uman.

- Llosa, care ne întâmpină cu forţa de plăsmuire a caracterelor şi situaţiilor de pe orbita lui Balzac sau Mann, ridică pe de altă parte problema antropologică a creatorului de romane. Cum poate el plăsmui atâtea personaje şi situaţii? Încă pornindu-se de la Balzac, s-a ridicat problema acestei capacităţi a romancierului de a scrie poveşti cu personaje vii, pe care cititorul le resimte la lectură ca pe nişte oameni familiari. De la un moment dat ca pe nişte cunoştinţe. Desigur, scriitorul se inspiră din cei pe are îi cunoaşte, despre care află şi se documentează, punând în joc şi ipostaze germinative ale propriei personalităţi. De la un moment dat însă eroii elaboraţi devin parteneri ai creatorului. Se spune că ajung să apară pentru autor ca nişte fiinţe exterioare, care nu-l lasă să facă orice cu ei. Pe lângă diferenţe, între oamenii „în carne şi oase" şi cei plăsmuiţi de poveste există, desigur, şi punţi de legătură. Căci în raport cu orice om real se pot imagina sau scrie relatări şi biografii. Fiecare poate fi reprezentat prin nenumărate mijloace reproductive, în poziţie secundă, în raport cu prezenţa sa imediată. Llosa a şi scris o carte despre personajele importante ale literaturii care au

devenit eroi ai umanităţii, făcând parte din viaţa de zi cu zi a nenumăraţi oameni.

- Sabato, care a fost pomenit şi el, dă viaţă personajelor sale şi prin raportarea lor nemijlocită la autor în însăşi textul romanului. După ce în „Tunelul” şi „Despre eroi şi morminte” a creat tipuri pregnante, la fel ca în literatura romanescă clasică, în „Abaddon, exterminatorul”, acestea se întâlnesc şi discută cu autorul, devenit şi el personaj. Îl observă, îl studiază şi îl comentează. În acest meta-roman, Sabato aduce în dezbatere explicită atât semnificaţia literaturii şi problema angajării, cât şi tema răului pe care în romane a abordat-o implicit, prin viaţa eroilor. Şi chiar invadarea creatorului de către propriile-i fantasme, prin care eroii emerg din el, sfâşiindu-i sufletul.

- Scriitorul rus Bitov relatează într-o notă a romanului său Casa Puşkin despre o carte pe care fiul scriitorului Andreev a scris-o prin anii 50 pe când se afla într-un lagăr a Gulagului, carte în care lumea e construită din mai multe straturi, toate reale; iar unul din aceste straturi e locuit de eroii literari. El admitea deci viaţa eroilor literari nu în vreun sens figurat, ci la propriu, ca reală.

- De fapt, scriitorul de romane manipulează o lume fictivă, ce se desfăşoară pe alte coordonate decât cele ale spaţio - temporalităţii vieţii cotidiene,dar care care-şi are realitatea ei specifica. Desigur, noi, în fiecare seară, ieşim zilnic din parametrii vietii cotidiene, cufundându-ne în somn şi vis. Dar părăsim prezenţa nemijlocită la ambianţă şi atunci când citim un roman. Cu atât mai mult o face cel care scrie romane, când îşi imaginează eroii ce interacţionează pe alte meleaguri, în cine ştie ce vreme şi loc. E mai mult decât trăirea unei reverii de moment, a unei închipuiri de ocazie, a unui vis cu ochii deschişi. Oare deliranţii de care se ocupă Alexandru nu vieţuiesc

şi în astfel de lumi? Oricum, eroii creaţi de romancier încep să aibă o viaţă proprie, ei trec dintr-un episod in altul, ajungem să-i simpatizăm şi să-i urâm, de parcă ar fi vecinii noştri.

La teatru lucrurile sunt puţin altfel. Si aici, ceea ce se petrece pe scenă e o poveste de altundeva, de altcândva. Dar scena iluminată, actorii ce joacă şi spectatorii din jur sunt prezenţe umane care menţin o relaţie mai închegată cu spaţio-temporalitatea ambianţei înconjurătoare. Intri în iluzia spectacolului şi o accepţi. În câte o piesă de a lui Shakespeare vezi cum se organizează teatru în teatru. Sau cineva începe să se prefacă. De exemplu joacă rolul unui nebun. Pentru a se reveni apoi, în interiorul spectacolului, la relativa cursivitate a acţiunii. Care însă, spre deosebire de viaţa noastră cotidiană, transgresează cu dezinvoltură şi în acest caz normele spaţio - temporalităţi fizice şi umane.

Chenar 29

Eliade despre timpul povestirii

"Oricare ar fi gravitatea crizei actuale a romanului, fapt e că nevoia de a ne introduce în universuri străine şi de a urmări peripeţiile unei "povestiri" pare consubstanţială condiţiei umane şi, prin urmare, ireductibilă. Avem de-a face aici cu o cerinţă greu de definit, în care intră deopotrivă dorinţa de a comunica cu "ceilalţi", cu "necunoscuţii" şi aceea de a împărtăşi dramele şi speranţele lor, precum şi nevoia de a afla ceea ce s-a putut petrece. S-ar putea cu greu concepe o fiinţă umană care să nu fie fascinată de "povestire", de naraţiunea evenimentelor semnificative, de ce s-a întâmplat unor oameni înzestraţi cu "îndoita realitate" a personajelor literare, care oglindesc deopotrivă realitatea istorică şi psihologică a membrilor unei societăţi moderne şi dispun de puterea magică a creaţiilor imaginare.

Dar "ieşirea din timp" realizată prin lectură – îndeosebi prin lectura romanelor – e ceea ce apropie cel mai mult funcţia literaturii de aceea a mitologiilor. Timpul pe care-l "trăim" citind un roman nu este, fără îndoială, acela pe care-l reintregrăm, într-o societate tradiţională, ascultând un mit. Dar şi într-un caz, şi într-altul, "ieşim" din timpul istoric şi personal şi ne cufundăm într-un timp fabulos, transistoric. Cititorul e pus în faţa unui timp străin, imaginar, ale cărui ritmuri variază la infinit, căci fiecare povestire îşi are prorpiul ei timp, specific şi exclusiv. Romanul are acces la timpul primordial al miturilor dar, în măsura în care povesteşte o istorie verosimilă, romancierul foloseşte un timp în aparenţă istoric, dilatat sau condensate însă, un timp care dispune aşadar de toate libertăţile proprii lumilor imaginare".

Mircea Eliade, Aspecte ale mitului, Ed.Univers, Bucureşti, pag.179-180

- S-a susţinut că spectacolul teatral derivă din reprezentările pe teme mitice, desfăşurate ritualic, în cinstea unui zeu. Cel puţin aşa e comentată naşterea tragediei de către Nietzsche. Iar privitor la slujba religioasă creştină s-au făcut de asemenea comentarii privitor la caracterul ei spectacular, similar de altfel cu schema tradiţională a oricărei invocări rituale ce menţine legătura cu sacralitatea. Eliade a făcut o corelaţie între timpul în care ne plasează lectura unui roman şi ruptura temporală pe care o realizează ritualul sacral, trimiţând la timpul „tare", fundamentator al originilor. La fel e, până la un punct, orice timp sărbătoresc sau de spectacol artistic, diferit de cel al practicilor cotidiene.

- Punând cap la cap această „altă lume" în care ne mută arta, avem o dimensiune umană suplimentară, diferită de visul nocturn, prin care se poate ieşi din prezentul cotidian. Corelaţii s-au tot făcut între trăirile halucinator delirante şi cele onirice. Dar şi în poveste, fie ea ficţiune de roman, piesă de teatru sau film, distanţele se parcurg instantaneu, timpul are altă mobilitate şi posibilităţi de a se articula, iar identităţile persoanelor pot fi versatile. Oare stările nebuniei nu au ceva comun şi cu acest vis cu ochii deschişi care e povestea ce o vedem pe scenă sau o citim în roman?

- Totuşi, visul sau chiar reveria diurnă, implică însuşi subiectul în peripeţii. Pe când povestea îi este ceva exterior. Dar narativitatea pe care o utilizează ficţiunile şi temporalitatea lor specială, de care vorbea Eliade, fac parte din structura psihică a oricărui om. Poate că de aceea trăieşte el şi visul altfel decât animalele. Deci, atunci când se „cade" într-o trăire delirant halucinatorie, psihismul se prăbuşeşte pe o instanţă ce îi este consubstanţială. O trimitere mai ţintită s-ar putea face la ipostaza de potenţial romancier sau autor de piese de teatru, care ar fi în mod principial

inerentă fiecărui om. Desfăşurarea narativităţii culturale şi a celei biografic imaginative a persoanei, sunt probabil realităţi paralele, în egală măsură specifice „antroposului”. Romanul bizar, straniu şi înspăimântător, al cărui erou devine involuntar delirantul, e poate ipostaza deficitar patologică a capacităţii persoanelor umane de a fi creatoare de povestiri romaneşti, romane care marchează cultura, care îmbogăţesc universul nostru spiritual.

Sabato, despre care a fost vorba, chiar se exprimă în acest sens.

- Sabato, a intervenit Eugen, s-a apropiat şi de Cioran, chinuit cum era şi acesta de problematica Răului şi de mizeria societăţii tehnicist raţionaliste în care vedea un sfârşit al istoriei. S-au şi întâlnit la Paris în 1989, discutând despre nevoia de Absolut a fiinţei umane. În cărţulia sa memorialistică „Înainte de tăcere”, Sabato comentează că suferinţa şi chinul lui Cioran se datorau probabil şi incapacităţii acestuia de a se exprima narativ, deoarece „suferinţa umană te poate elibera doar dacă se exprimă într-o formă mitico poetică”.

- Poziţionarea lui Cioran în cadrul culturii sec. XX e una aparte, deoarece el nu poate fi plasat nici printre poeţi, nici printre filosofi. Iar aforismele ce le publică în spiritul moraliştilor francezi sunt doar o faţadă pentru un mesaj mai adânc, doctrinar, privitor la căderea omului şi depărtarea lui Dumnezeu. Dar nu se înscrie nici în aria dogmaticii.

- Aceste aspecte au fost discutate şi la întâlnirea comemorativă la care am participat, a comentat din nou Eugen. Am adus şi o carte scrisă de un psihopatolog în care, pe lângă cronica comemorării de la Sibiu a celor 100 ani de la naşterea sa, opera lui Cioran e interpretată ca şi gravitând în jurul câtorva trăiri esenţiale. Acestea, considerate ca şi consecutive experienţelor sale extatice, sunt: plictisul, vidul interior, singurătatea cosmică, orgoliul, îndoiala, lenea şi luciditatea veghii. (**4**)

- Ceea ce e aparte în registrul de trăiri a lui Cioran e faptul că lipseşte anxietatea, care era o preocupare dominantă a filosofilor şi oamenilor de cultură din vremea sa.

- (Eugen) Pentru existenţialiştii din sec. XX, anxietatea avea în primul rând o dimensiune ontologică, cea de cădere spre nefiinţă. Deci de prăbuşire din lume, din fiinţare, spre neant. Cel puţin acesta e sensul pe care-l impune Heidegger în „Fiinţă şi timp" şi prin conferinţa „Ce e metafizica". Angoasa generalizată din prima parte a sec. XX avea desigur şi conotaţii socio-politico-istorice, date fiind războaiele mondiale şi ameninţarea catastrofei nucleare. Dar trimiterile existenţialismului coboară până la Kierkegaard şi căderea biblică. Pentru Cioran însă această cădere, realizată prin complicitatea dintre Dumnezeu, diavol şi creatură, nu stă la baza angoasei, ci a plictisului

- Preeminenţa plictisului e reiterată de Cioran de la prima la ultima sa carte. Dar el derivă tema plictisului din „acedia" mănăstirească, din golul ce apărea în sufletul călugărilor în după-amiezile de duminică, când se epuiza energia rugăciunilor, contemplării şi invocării lui Dumnezeu, pe care aceştia o practicau întreaga săptămână. Ar fi vorba deci, la bază, tot de o absenţă ontologică, de un vid corelativ absenţei lui Dumnezeu. Instanţă fiinţială care este pentru orice călugăr, pentru orice credincios, garantul legăturii cu lumea. În lipsa acestei referinţe, a acestui criteriu absolut care mediază legătura cu lumera, plictisul se insinuează. Dar în „Lacrimi şi sfinţi", cartea în care comentează pe larg acest subiect, plictisul se instalează şi în lumea laicilor, unde zeii nu sunt la suprafaţă. Şi când îşi începe lucrarea, oamenii ajung să se anestezieze cu alcool, distracţii, plăceri şi excese. Exemplară ar fi perioada Imperiului Roman, cu întreg cortegiul său de orgii şi libertinaje, cu luxul, rafinamentul şi desfrâul decăderilor finale.

Dar această epocă ar fi doar o matrice pentru orice sfârşit de civilizaţie care, obosită, se lasă cuprinsă de descompunere, gesturi inutile şi plictis. Lucrarea subterană a plictisului nu se opreşte însă la locuri şi momente privilegiate. Ea e aceeaşi în înalta societate engleză cuprinsă de spleen, precum şi în viaţa mojicului rus ce-şi îneacă plictisul în votcă.

- Spleenul englezesc a apărut la un moment dat şi ca temă a psihopatologiei, a intervenit Alexandru. În Franţa de la începutul sec. XIX s-a vorbit de „la melancolie anglaise", invocându-se spleenul ca „taedium vitae" care conduce spre suicid. În lipsa unor statistici clare, se considera pe atunci că englezii se sinucid mai des şi fără motive existenţiale serioase, în urma unei detaşări de viaţă, al cărei rost nu îl mai văd. Iar după cel de-al Doilea Război Mondial, un psihoterapeut din Viena, Frankl, a comentat aşa-zisa nevroză noogenă. Aceasta ar deriva din absenţa unei ancorări spirituale, din sentimentul lipsei de sens, însoţit de gol interior, plictis şi goană după umplerea timpului prin distracţii, droguri sau orice.

Chenar 30

Cioran despre plictis

„Plictisul este forma cea mai elementară de suspendare a timpului, precum extazul este ultima şi cea mai complicată”.

„Plictiseala este o melancolie fără vibraţie, precum deznădejdea e plictiseala în flacără. Toate pleacă de la demonul neinteresului pentru viaţă.”

„Nimeni nu citeşte pentru a şti, ci pentru a uita. Bibliotecile, ca şi cârciumile, sunt fructul plictiselii.”

„Plictisul e desigur o formă de anxietate, dar o anxietate din care frica a fost eliminată. Când te plictiseşti, nu te temi, într-adevăr, de nimic, decât cel mult de plictisul însuşi”.

„Antidotul plictiselii e frica”.

„Timpul, fără îndoială, constituie elementul nostru vital; când ni se ia, ne găsim fără sprijin, în plina irealitate sau în plin infern. Sau în amândouă deodată, în plictis, în acea nostalgie nepotolită a timpului, în acea neputinţă de a a-l recupera şi a ne insera în el, în acea frustrare de a-l vedea, avizat acolo, sus, deasupra sufletului nostru. Să pierzi şi eternitatea şi timpul! Plictiseala este oboseala acestei duble pierderi”.

„Nu există sentiment mai dizolvant (decât plictisul). Nu numai că te face să percepi nimicnicia universală, dar te împinge să te îneci în ea. Senzaţia de a fi înghiţit, de a te scufunda pentru vecie, de a atinge fondul sinelui: infinit negativ ce sfârşeşte în el însuşi, extaz al neantului……”

„Să te plictiseşti înseamnă a te simţi neconsubtanţial cu lumea”.

….”Plictisul meu se confundă poate cu teama de lume, cu fuga din faţă a tot ce ne ţine de ea”.

„Plictisul nu intră în complicitate cu nimic, nici nu se lasă angrenat în ceva….El rezultă din distanţa pe care ne-o luăm faţă de toată lumea, din vidul intrinsec al tuturor lucrurilor pe care-l resimţim ca deopotrivă subiectiv şi….”

„Totul în viaţă e să te plictiseşti esenţial. Nenorocirea este că aproape toţi oamenii rămân la suprafaţa plictiselii.”

Numai să scape de sentimentul de vid sufletesc şi de urât. Iar Frankl propune pentru astfel de stări o „logoterapie” spirituală. O ghidare a persoanei astfel derutate, pentru a găsi, prin cultură şi spiritualitate, un sens moral pentru propria existenţă.

- A existat şi un psihopatolog francez de orientare fenomenologică, Minkowski, ataşat filosofiei lui Bergson, care în al său „Tratat de psihopatologie” a abordat tema plictisului. (**5**)

El analiza particularităţile trăirii timpului la omul care se plictiseşte, căruia „îi este urât”. Trecutul, prezentul şi viitorul devin egale pentru

subiectul ce şi-a pierdut „elanul vital”, şi „plăcerea de a trăi”. Acesta e copleşit de o monotonie apăsătoare, cenuşie, „morne” după o expresie franceză. Desigur, nu e vorba de plictisul circumstanţial indus de un spectacol prost sau de conversaţia cu un om sâcâitor. Subiectul ce se plictiseşte esenţial nu mai are aderenţă la lume. Experienţial, el trăieşte cu sentimentul vidului, al încremenirii vieţii. Experienţă diferită de lipsa de speranţă a depresivului ce se repliază pe trecut, încărcat de un sentiment de vinovăţie inexplicabilă. Fără a avea intensitatea unui sindrom clinic, starea de plictis, cu golul sufletesc corelativ, semnifică o „incapacitate de a mai simţi, de a rezona în acord cu lumea”.

- Comentariul psihopatologului francez pare consonant cu descrierile amănunţite ale lui Cioran. Plictisul hiperbolic pe care el îl trăieşte şi-l proclamă se întreţese intim cu trăirea vidului. Probabil că mulţi oameni resimt vag plictisul, mai ales dacă nu sunt credincioşi practicanţi şi nici alcoolici. Dar Cioran face din trăirea acestuia o temă metafizică, corelată vidului sufletesc şi desprinderii de lume şi de timp. Iar vidul existenţial, la fel ca şi plictisul, se corelează în ideologia sa cu problematica absenţei lui Dumnezeu. Până la un punct, e vorba de îndepărtarea de acesta, prin succesiunea „căderilor”. Prima cădere îl vizează pe Lucifer şi ceata sa. Apoi, e căderea omului, alungat din Rai, în istorie şi muncă. În sfârşit, în plină maturitate, Cioran anunţă şi „căderea din timpul istoric”, care se petrece în vremea sa. Adică la sfârşitul modernităţii.

El resimte intens, în adâncurile subiectivităţii sale, pe care o consideră ca paradigmatică, „căderea din timp” într-o „eternitate rea”, monotonă şi pustie. Un fel de infern terestru. Iar aceste trăiri personale le apreciază– la fel ca şi extazul care permite contactul cu eternitatea bună şi plină a paradisului – ca având o semnificaţie pentru toţi, pentru omenire. “Plictisul şi vidul

universal se extind peste lume, potenţând singurătatea cosmică a omului contemporan", proclamă Cioran. Vidul, invocat aşa de insistent pentru semnificaţia sa antropologică, are însă pentru el, o condiţie şi mai înaltă, vizând însăşi instanţa Dumnezeirii, a Deităţii. Desigur, toată această

Chenar 31

Cioran despre extaz şi vid

„Între pasiunea pentru extaz şi oroarea de vid se învârte întreaga mistică. Cine nu cunoaşte pe una, nu cunoaşte nici pe cealaltă. Atât prezenţa extatică, cât şi absenţa vidului, neagă total individuaţia. De aceea în ele ţi se pare că epuizează sensul lumii, deşi nu este concret nimic".

„Nu ştiu ce sens poate avea, într-un spirit sceptic, pentru care toată lumea aceasta e o lume în care nu se rezolvă nimic, prezenţa celui mai formidabil extaz, a celui mai revelator şi bogat, a celui mai complex şi periculos, extazul rădăcinilor ultime ale existenţei. Nu există în acest extaz nici un fel de certitudine explicită sau cunoaştere diferită.....şi totuşi..."

„Fiinţa noastră erodată de defecte: vidul care rezultă e umplut cu prezenţa conştiinţei. Ce spun? – vidul este conştiinţă însăşi".

„Toate marile convertiri au la bază revelaţia subită a deşertăciunii vieţii. Şi nimic nu este mai mişcător şi de o fascinantă cutremurare – ca această străfulgerare neaşteptată a vidului existenţei".

„Scepticismul e mirarea genialităţii în faţa vidului problemelor, şi, desigur, a realităţii".

„Când vidul timpului dă naştere eternităţii ne putem măcar aprinde într-un curaj religios. Vidarea temporalităţii – fie din plictiseală, fie din groază - ne aruncă într-un neant vibrant care este plin de promisiuni. Dar când veşnicia se desprinde din perspectiva instinctelor, suntem o Sahară fără oază şi fără dune care să ne îngroape."

„Dumnezeu aterizează în golurile sufleteşti. La orizontul deşertului lăuntric trage el cu coada ochiului. Căci Dumnezeu, ca şi boala, se încuibă în locul celei mai mici rezistenţe".

„Că vidul sufletesc e un amar infinit şi extazul o bucurie infinită, diferenţa de tonalitate afectivă nu dovedeşte nimic. Atât unul cât şi altul definesc o condiţie limită a fiinţei. În aşa măsură se presupun, încât misticul (el însuşi finit de limitat prin excelenţă) lumea din extaz în vid şi invers".

„Uscăciunea sufletească este o expresie care revine neîncetat în descrierile pe care le fac sfinţii despre aspectul obscur al condiţiei lor".

„Acedia modernă nu mai este singurătate mănăstirească deşi fiecare purtăm o mănăstire în suflet – ci vidul şi spaima de ineficienţa unui Dumnezeu pângărit".

„Vidul este neantul despuiat de atributele lui negative, e neantul transfigurării".

El e aici, de o parte, lumea şi ceilalţi sunt dincolo, de cealaltă parte. El nu mai poate trăi empatic, nu mai poate rezona spontan la bucuriile şi suferinţele aproapelui, nu se poate lăsa în voia iubirilor nebunatice. Pe scurt, nu poate fi animat de patimă şi ură, de duioşie şi tandreţe, de tot ceea ce se poate petrece între două fiinţe apropiate. Toate sunt pentru el îndepărtate ; şi îl lasă rece. Prin aceasta, povestea şi naraţiunea, tematica romanescă e scoasă evident din discuţie. Încă de pe vremea celei de-a doua dintre cărţile sale importante, „Lacrimi şi sfinţi", Cioran nu găseşte alt partener pentru singurătatea sa hiperorgolioasă, decât pe Dumnezeu. Dumnezeu, pe care-l provoacă la răfuială, la confruntare. O asemenea înălţime a raportării nu lasă loc, în apropierea imediată, decât vidului şi plictisului. Căci şi Dumnezeu, are parte şi el de vid, de plictis sugerează Cioran. Poate că din plictiseală a creat lumea şi pe om. Desigur, în această singurătate supremă, mai rămâne ceva : un cosmos abordabil. Constatabil. Observabil, cu o privire detaşată. Dar care e resimţit ca îndepărtat şi nefamiliar, cu toate istoriile şi evenimentele sale. Subiectul ajuns aici, dincolo de timp – ne mărturiseşte Cioran – nu mai aderă la el. Din această lume,fata de care el se afla la distanţă, ganditorul nu mai are simpatie decât pentru universul vegetal, pentru floarea ce se înalţă spre cer. Şi pentrul cerul înstelat: "Nu iubesc decât popoarele de astronomi: caldeenii, egiptenii, incaşii".

Şi atunci, resimţind această singurătate absolută, disjunct şi departe de lume, lipsindu-i „bucuria de a trăi", urmărit de „inconvenientul de a se fi născut", plictisindu-se ca şi călugării în după-amiezile de duminică, Cioran se simte aşezat alături de lume. Lume care e acolo, în jur. Dar el nu se mai simte legat de ea. Problema care se ridică în perspectivă psihologică şi antropologică este: ce ax identitar mai poate susţine un subiect marcat de o astfel de singurătate?

Căci identitatea duratei peripeţiilor biografice, cea care ţine de contactul cu alţii, de cunoaşterea, problemele şi idealurile lumii, toate cad sub nulitatea acestui „epoché” măreţ, a punerii între paranteze absolute a sensurilor lumii. Fără nicio punte care să permită aderenţa la ea.

- (Eugen) Această atitudine conturează, desigur, originalitatea lui Cioran în epoca sa, în care existenţialiştii şi marxiştii clamau diverse forme de angajare în ek-sistenţă. Problema aderenţei la lume nici nu se pune pentru existenţialişti. Ei pleacă, ca de la o axiomă, de la situaţia constitutivă, de la „existenţialul” Dasein-ului de a-fi-în-lume. Anxietatea zdruncină modul neautentic al acestei fiinţări, invitând la o angajare autentică şi responsabilă (prin Gewissen, afirma Heidegger). Problema felului şi sensului angajării în lume sunt temele majore şi la Sartre. Dar nu însăşi aderenţa la lume şi angajarea în ea. Cioran divulgă orice angajare. El stă alături de lume, fără identitate lumească.

- Parametrii ce tocmai au fost comentaţi apropie cazul Cioran şi trăirile sale esenţiale, prin care el sfidează finalul culturii modernităţii, se apropie - aşa cum deja s-a sugerat - de ceea ce, în contextul minusului psihopatologic, e indicat ca sindromul depersonalizării. Acelaşi psihopatolog, Minkowski, deja amintit, se opreşte, imediat după plictis la invocarea acestei stări, care e de altfel dificil de caracterizat. S-ar putea încerca o formulare în sensul următor:

“Sindromul depersonalizării, subiectiv prin excelenţă, e trăit ca o pierdere a identităţii, vitalităţii şi conţinutului sufletesc la toate nivelele persoanei. Corpul e resimţit neviu, amorf, de piatră, de lemn – „de sticlă” afirma un nebun pe care-l citează Descartes în „Meditaţii despre filozofia primă”. Limitele acestuia se deformează sau dispar, eul corporal şi psihic “parcă se topeşte şi se împrăştie la infinit”, nu mai are un centru, nu mai e

înrădăcinat într-un loc anume din lumea aceasta. Şi nici în el însuşi. Subiectul nu se mai recunoaşte în oglindă, ajungând să afirme : “eu nu mai sunt eu”, eu sunt “un nimeni”, “un nimic”. Aspectul cel mai caracteristic e sentimentul de vid interior şi al încremenirii psihice. În condiţiile acestei lipse de centru, limite, conţinut, contur şi aderenţă la lume, lumea însăşi apare ca derealizată şi stranie, îndepărtată, nefirească, „ca în vis”. Sau, ca „după un clopot de sticlă”. Subiectul poate afirma că trăieşte în două lumi paralele, că se autocontemplă din exterior, că dispare şi se recrează în altă lume.

Oricum, golul interior, pierderea limitelor şi neaderenţa de lume sunt principalele caracteristici ale sindromului. De aceea, în sec.XIX când a fost descris, calificarea sa era dificilă, deoarece nu se încadra nici la tulburările de gândire, nici la cele afective sau volitive. Deşi, pustiirea afectivă şi avoliţia sunt mărci importante ale acestei stări. (**6**) Pe atunci, conceptul de “eu conştient” şi de “sine” (self) nu se impusese încă în spatele stărilor psihopatologice, cu toată structura formală a identităţii sale.

- (Alexandru) Desigur, la Cioran nu întâlnim un sindrom de depersonalizare psihopatologic. Ci echivalentul său în extrema spirituală a trăirilor omeneşti, ce apare ca vid sufletesc instituit după consumarea extazului. De fapt însăşi extazul consituie primul pas. Căci el semnifică părăsirea temporară a acestei lumi pentru a te contopi cu preaplinul unei instanţe suprafiinţiale. Tradiţional însă extazul împlineşte şi îmbogăţeşte subiectul, la fel ca şi inspiraţia creatoare. Şi nu îl secătuieşte. Şi acum, pentru a parcurge până la capăt complexul de trăiri esenţiale ce-l pune în joc autorul româno-francez, merită să ne oprim puţin şi asupra îndoielii, lenei şi veghii. Toate au variante normale ce se consumă în banalitatea vieţii de zi cu zi. Dar şi variante anormale, patologice. Îndoiala excesivă e menţionată în

obsesionalitate; şi nu numai. Iar ceea ce popular se numeşte lene, în psihopatologie e etichetat ca „abulie”. Adică lipsa de voinţă şi acţiune. Dar, la fel cum se întâmplă şi cu alte trăiri esenţiale, există şi variante ce se desfăşoară în plan cultural, spiritual.

- (Eugen) Cioran abordează atât îndoiala, cât şi lenea cu argumente mitologice, ce au o bătaie foarte îndepărtată în istoria spiritualităţii. Lenea ar deriva din refuzul omului izgonit din Rai de a ispăşi pedeapsa muncii. Pedeapsă din care el „a făcut o voluptate”. E vorba deci de o atitudine de refuz metafizic. Cu atât mai mult cu cât derularea istoriei a accentuat, scrie Cioran, „ideea absurdă a progresului nelimitat”. El denunţă mizeria şi inconsistenţa utopiilor ce s-au lansat mai ales în sec. XVIII, privitoare la un „viitor de aur” la care ar conduce munca creatoare a maselor de oameni înregimentaţi sub ideologia lui Prometeu. Şi se desolidarizează vehement de această otravă „a iluziei unei evoluţii umane spre mai bine”. Nu te poţi opune acestei mizerii decât prin nobila lene. Toată lumea ar trebui să nu mai facă nimic!

Problema îndoielii e mai complicată, ea antrenând scepticismului şi Demonul. A te îndoi de toate, alături de scepticii greci urmaşi ai lui Phyrron, este singura atitudine înţeleaptă, după Cioran. Dintre filosofi, numai scepticii nu sunt împroşcaţi cu noroi de către el. Doar că Demonul, cel ce neagă perpetuu, pentru a-l perverti şi chinui pe om, ia uneori calea ocolită a îndoielii. Nu s-a pomenit niciun Zeu care să se îndoiască. Dar Demonul, împieliţatul, ar putea fi capabil şi de o asemenea stratagemă, susţine Cioran în „Căderea în timp”. Iar îndoiala, dacă nu e oprită de credinţă, se dezlănţuie într-un vârtej ce cuprinde şi năuceşte omul. Îl vâră într-o morişcă a îndoielii de sine. A îndoielii nesfârşite, din a cărei cădere el nu se mai poate opri; decât în iadul eternităţii încremenite ce se întinde

dincolo de timp. Aici, în pustiul de gheaţă, insensibil şi monoton al nemişcării unui pseudoparadis, în acest vid îngheţat, omul ajunge parcurgând toate etapele căderii din înalturile raiului originar. Aici a ajuns şi el, Cioran. Aici, probabil, a ajuns omenirea ce-i este contemporană. Cam aceasta e concluzia cărţii „Căderea în timp".

- (Alexandru) Eseul lui Cioran invocă mitologia şi se vrea kerigmatic. Infernul îndoielii fără de capăt, ce roade persoana printr-o incertitudine perpetuă, se întâlneşte însă în lumea noastră cea de toate zilele, în aria psihopatologiei. Încă din sec. XIX psihiatrul Legrand du Saulle a descris o boală pe care o numea „délire de doute", delirul îndoielii. Omul nu se mai opreşte din a se îndoi: de ceea ce vede, de ceea ce spun alţii, de fidelitatea partenerului, de justeţea deciziilor sale, de oportunităţile unei acţiuni, de faptul de a face sau a nu face ceva, de ceea ce gândeşte. În mintea sa năvălesc, pentru fiecare situaţie, nenumărate eventualităţi şi ipoteze, variante, posibilităţi. Iar sinteza opţiunii devine imposibilă. Îndoiala nu se mai fixeaza la nici-o certitudine care să permită o articulare cu lumea. Ea insurubeaza omul în indecizie absolută, în abulie totală. Des-limitarea formală a unui "eu" care-şi pierde centrul, consistenţa, limitele, aderenţa la lume, sfârşeşte printr-o autoreflexivitate a îndoielii infinite. Vidul interior, lipsa limitelor şi îndoiala hiperlucidă fără de capăt, merg acum mână în mână.

- Nu se poate încheia o dezbatere cu privire la trăirile dominante ale lui Cioran fără a invoca teroarea lucidităţii. În textele sale, aceasta apare în primul rând prin invocarea insomniei, a veghii. Chiar o banală trimitere la fiziologia somnului poate avea conotaţii simbolice, aşa cum se menţionează în cartea ce o avem în faţă. E vorba de incapacitatea apostolilor de a rămâne treji în Grădina Ghetsimani, când le-a cerut-o Isus. Sau de veghea ce şi-o

autoimpuneau pustnicii din Pateric, pentru a se putea ruga toată noaptea lui Dumnezeu. Cioran, în repetate rânduri, subliniază importanţa nopţilor de insomnie, cărora trebuie să ştii să le faci faţă. Iar ca exemplu negativ îl citează, în „Exerciţii de admiraţie”, pe Scott Fitzgerald. Într-un interviu cu Liiceanu, el afirma chiar: „Toată viaţa am trăit cu sentimentul straniu - desigur o formă de megalomanie - că trebuie să-i trezesc pe toţi oamenii din somnul în care zac”. Starea de trezie, de luciditate, e o stare în care percepţia de sine şi autoanaliza reflexivă sunt acutizate.

Această luciditate reflexivă străbate tot cercul trăirilor fundamentale ale lui Cioran. Ea stă în spatele trăirii plictisului şi vidului interior, a sentimentului de singurătate cosmică şi a orgoliului hiperbolic. Şi la fel, în spatele abuliei şi îndoielii sale sceptice intime. Luciditatea reflexivă şi autoanalitică, care-l teroriza pe Cioran, e total excentrică în raport cu atmosfera sintonă şi pragmatică a civilizaţiei actuale. Tocmai de aceea opera sa ne permite să percepem mai clar caracteristicile vremii noastre.

- Luciditatea hiperreflexivă e şi o caracteristică a unor stări psihopatologice ce se învârt pe o orbită psihică, deficitară, dar analoagă sau simetrică cu acest cerc al trăirilor fundamentale ale lui Cioran. Se pot aici enumera cele deja invocate: îndoiala obsesivă şi abulia, vidul interior şi analiza rece a depersonalizării care detaşează subiectul de realitate, într-o stare de nerezonare lipsită de identitate; univers al chinului patologic întreţinut de o hiperluciditate ruminativă autoanalitică şi apragmatică. (**7**) Şi toate acestea ne trimit spre un aspect aparte al identităţii persoanei, spre perturbarea structurii formale portante care susţine din culise manifestările actuale şi peripeţiile ce se articulează în biografie. Durata biografică, dincolo de aspectul său temporar, se sprijină pe o structură formală de rezistenţă.

- Pentru a ne despărţi de Cioran, merită să reamintim că trăirile sale sunt secundare şi corelative evenimentului excepţional - supraconştient, spune autorul, - al extazului. Extazul e o trăire intimă excepţională, ce cuprinde subiectul spiritual în centralitatea sa, articulând-o cu transcendenţa, în planul resimţirii eternităţii. În istoria culturii, extazul a fost identificat mai ales în cazul misticilor, care se împărtăşesc astfel din esenţa ontologică a Deităţii. Dar Cioran subliniază realitatea formală a extazului şi în afara acestei relaţii. Însă tot în contact cu eternitatea. Psihopatologia, în măsura în care-şi ia în serios preocuparea faţă de anormalitatea deficitară a psihismului uman, nu poate ignora specificul paletei de trăiri ale acestuia, a cărui realitate pozitivă se cere menţinută în orizontul problematizărilor interogative. Din aceeaşi serie de trăiri nucleare şi specifice omului mai pot fi amintite inspiraţia creatoare şi meditaţia speculativ filozofică asupra fundamentelor existenţei, asupra fiinţei şi devenirii. Toate aceste trăiri pun în cauză esenţa persoanei, centrul său reflexiv intenţional şi limitele sale identitare formale, constitutive. Dar şi depăşirea acestora într-o altă direcţie decât cea a vieţii de zi cu zi girate de simţul comun şi convertită curent în biografie. Prin inspiraţia creatoare subiectul rămâne însă în interiorul lumii sale fireşti, pe care o metamorfozează întru nou. În filozofie însă, el tinde să coboare până la condiţiile de posibilitate ale acestuia; şi ale propriei condiţii de fiinţă gânditoare, speculativă. Iar prin credinţă şi extaz, el transgresează limitele existenţei, în direcţia transcendenţei. Întreg acest diapazon de trăiri indică faptul că, vorba lui Augustin, “există în nou ceva mai adânc decât noi înşine”.

- În fiecare om ar fi deci prezent şi ceva ce depăşeşte facticitatea relaţionărilor sale fenomenale la lumea reală, care pot fi transpuse în litera narativităţii, a eroilor şi peripeţiilor romaneşti. Ceva ce exprimă potenţial o

instanţă general umană, ce instituie cadrul formal al experienţelor curente. Fapt ce pretinde un respect neţărmurit pentru fiecare persoană umană.

- Discuţiile de azi, zise Alexandru, cred că mă vor ajuta să înţeleg şi să abordez mai comprehensiv referatul ce am să-l întocmesc privitor la „Asemănări şi deosebiri între autism, obsesionalitate şi schizofrenia deficitar dezorganizantă.”

Gânduri privitoare la “a-ţi păsa de lume”

Meditaţie de seară despre privire, ataşament şi limite, cu trimitere la câteva metafore.

- Ce ne poate spune faptul de a privi ?

Privirea spune deseori multe. Nu doar despre efortul şi obiectivul muncii, al unei acţiuni cu scop pragmatic. Ea exprimă nu doar ceea ce face să ne înţelegem în cursul tăcerilor din dragoste. Sau spaima şi ura. Plasată în mijlocul figurii, privirea poate exprima invidie, răutate, viclenie, dominare, cochetărie, supunere, implorare. Uneori, ea caută cu disperare un punct de sprijin, o cale de scăpare. Alteori, alunecă meditativ peste lucrurile din jur, spre câte o amintire ce te face să surâzi…

Dar, privirea,....poate privi şi în gol. Spre nimic. Pustiul din sufletul câte unui schizofren poate vorbi prin privire. Pentru el nu mai există situaţii problematice şi implicare în evenimente. Nu mai există amintiri semnificative în care să se simtă angajat.

Nu mai există lume.

*

* *

- A fi martor.

În jurul nostru se petrec tot felul de evenimente ce ne afectează mai mult sau mai puţin. La care participăm ca spectatori sau ca actori. Pentru care putem depune ulterior mărturie. Evenimentele cuprind de obicei mai mulţi oameni. Fiecare le trăieşte din perspectiva sa. Mărturiile şi evocările pot fi diferite. Evenimentul te poate lăsa rece. Sau te poate atinge. Sau te poate devasta. Trăirea unui eveniment – “erlebnis” în germană – e altceva decât faptul că el s-a produs. Se pot petrece catastrofe care nu te ating. Poţi trăi la temperatură maximă întâmplări care pentru ceilalţi par minore. Pentru biografia interioară contează, desigur, evenimentul trăit. Trăirea evenimenţială, încărcată de semnificaţii.

Dar dacă lucrurile din jur nu te ating deloc?

Dacă toate te lasă rece? Dacă nu resimţi că te implici în niciun eveniment? Dacă nu participi? Dacă nimic nu te face să rezonezi?

Depresivul iese din prezent, repliindu-se pe trecut. Schizofrenul ce nu rezonează la nimic, pare a fi prezent, în faţa noastră. Dar el nu are prezent. Timpul nu se

petrece. În pustiu nu se întâmplă nimic. Nu ai despre ce să depui mărturie.

Privirea în gol.

*

* *

- A te ataşa. Nou-născutul se ataşează de mama sa; îi urmăreşte privirea, îi cere să privească alături de el un lucru nou care-l interesează. Iar mama se ataşează de el, înainte încă de a se naşte, în gândurile, visele, speranţele şi fantasmele ei. Te ataşezi de ai tăi, de casa ta, de patrie. De prieteni. De iubită. Sufletul tău e acordat cu al lor, vibrează împreună cu ei, la aceleaşi întâmplări. Suntem pe aceeaşi lungime de undă, rezonăm împreună. Suntem "noi". Nu mai e vorba de eu sau tu, cei ce se opun.

Te ataşezi de lucruri, de amintiri, de situaţii, de idealuri. Nu te implici în ceva dacă nu te simţi ataşat de cauza respectivă. Faci corp comun cu ţelul pentru care lupţi, cu obiectivul pe care vrei să îl atingi, cu problema ce vrei să o lămureşti.

Te dimensionezi prin toate cele de care eşti şi ai fost ataşat, în care ai fost implicat cu o trăire profundă, participativă.

Eşti ataşat de lume. Altfel, nu ţi-ar păsa de ea.

Vidul sufletesc. Detaşarea totală. Neimplicarea în evenimente. Indiferenţa. Lipsa prezentului autentic. Privirea în gol.

*

* *

- A avea limite; centralitate şi coerenţă

Ne simţim delimitaţi de lume şi de alţii, în primă instanţă prin marginile trupului nostru, pe care-l utilizăm în acţiuni şi comunicare, în dans şi în rugăciuni. Acolo se află tegumentele cu simţul lor tactil. Căruia, nu se ştie de ce, Aristotel i-a acordat o importanţă specială. Înăuntrul acestora se află spaţiul interior, în care resimţim durerile şi plăcerile, din care emerg pulsiunile şi intenţionalităţile. Topos în care localizăm sufletul şi mintea noastră. În piept, în inimă, în cap. Trupul poate fi examinat de către medici, străpuns de gloanţe. El poate fi perceput şi admirat de către alţii, atunci când declamăm o poezie. El poate fi receptat şi evaluat, de sine şi de ceilalţi, ca fiind diform sau armonios, sfrijit, obez, urât, frumos, atractiv.

În afara limitelor propriului corp, învăluite de obicei de îmbrăcăminte, spălate şi îngrijite, se află lumea cea vastă, spaţiul exterior, cu obiectele sale plasate la diverse distanţe accesibile faţă de propriul corp. Lumea pe care organele corpului nostru o receptează şi o manipulează, direct sau prin intermediul instrumentelor ce le-am construit. Şi care-l prelungesc în trupul social impersonal al instrumentelor si uneltelor, utilizat de către toţi. Lume în care întâlnim însă şi trupurile altor oameni, sedii ale unor suflete conştiente. Ale unor subiectivităţi cu care intrăm în relaţie, după reguli şi habitudini care ni-i apropie sau ni-i îndepărtează.

În jurul nostru, al subiectivităţii noastre încarnate în trupuri învăluite de veşminte, se desfăşoară cercurile concentrice ale unor realităţi umane mai apropiate sau mai îndepărtate. În pielea lărgită a spaţiului intim al locuinţei proprii, vieţuim alături de familie, de cei apropiaţi sufleteşte. Ceva mai departe, implantaţi deja în spaţiul public, sunt vecinii, cunoştinţele, prietenii. Pe diverse orbite, la variate distanţe de intimitatea subiectivităţii şi familiarităţilor noastre, circulă şi se desfăşoară persoanele oficiale, publicul larg, lumea în general. Ne delimităm şi ne extindem în spaţiul lumii umane, prin reţelele noastre sociale, aflate pe diverse orbite. Spre care avem variate drumuri şi căi de acces, marcate de reguli cunoscute. Simţul comun şi bunul simţ ne îndreaptă paşii spre fiecare din ele.

Limitele omului sunt complexe şi mobile. Ne delimităm şi prin avut, prin posesiunile ce le administrăm şi le ordonăm. Iar apoi, ne extindem delimitându-ne şi prin cunoştinţele noastre, prin opţiuni, interese, preocupări, proiecte, idealuri. Şi încă, ne definim şi ne circumscriem prin creaţiile noastre, în toate înţelesurile posibile ale acestui cuvânt. Dar punctul de plecare al tuturor delimitărilor noastre în lumea cea vasta rămâne trupul. Loc de înrădăcinare a sufletului. Locuinţa subiectivităţii noastre conştiente.

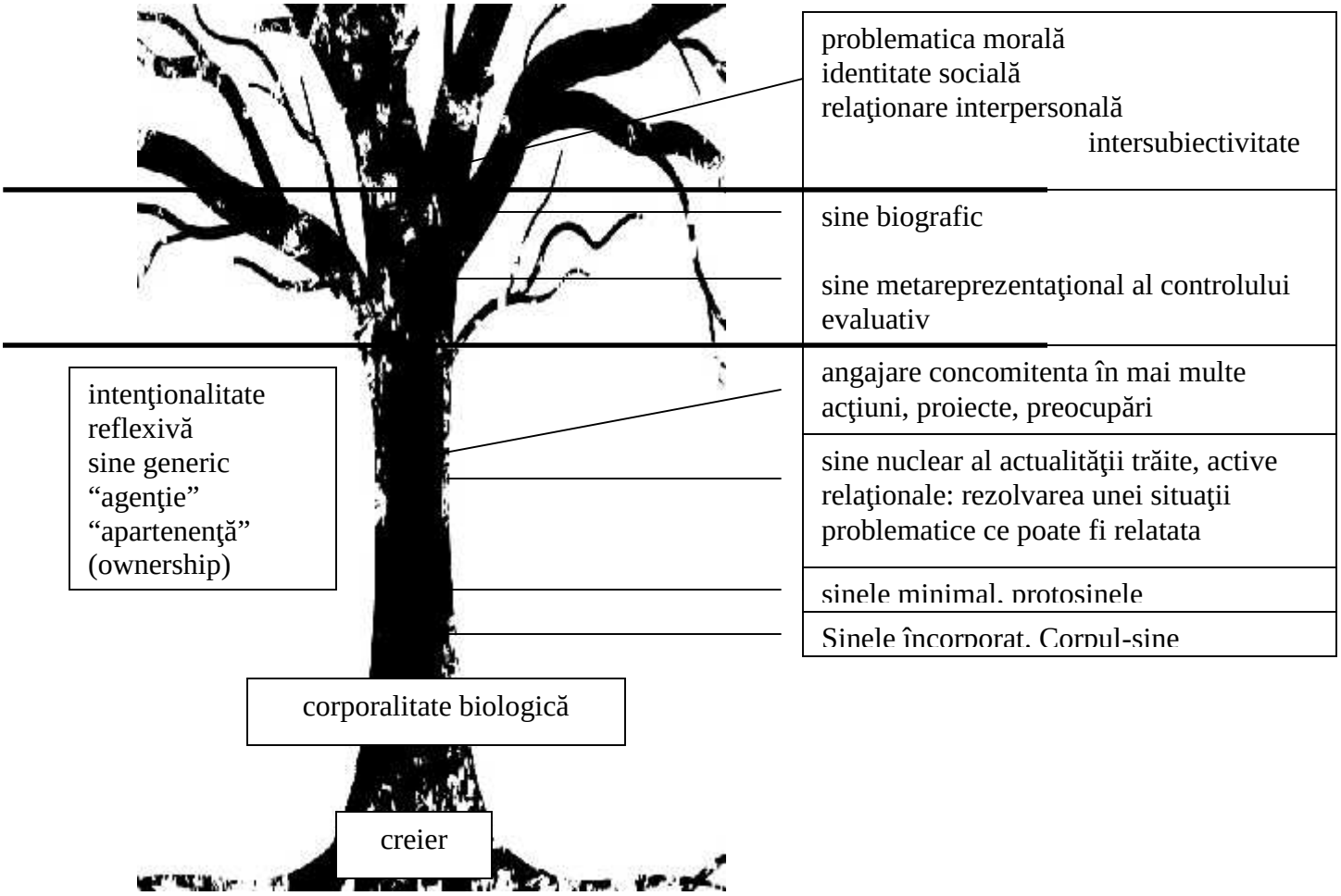
- A te delimita de alţii

Pentru fiecare din noi, sentimentul intim al unei existenţe distincte şi delimitate de alţii pare să predomine. Sinele, eul se conturează cu o instanţă prin care ne distingem de ceilalţi şi de lume, înrădăcinaţi în noi înşine, în reflexivitatea şi intenţionalitatea noastră firească. Dar, la fel cum acţiunile sunt posibile doar prin faptul că ne transced, plasându-ne într-un câmp şi pe un drum pe care îl împărtăşim cu lumea din jur, la fel şi cu delimitarea noastră faţă de alţii. Si ea e parţială, relativă, mobilă. Ar fi

de amintit pentru început fenomenul dragostei. Sau, comuniunea noastră cu alţii în cadrul unei biserici. Sau în cadrul participării la un proiect comun. Dar lucrurile sunt mai adânci.

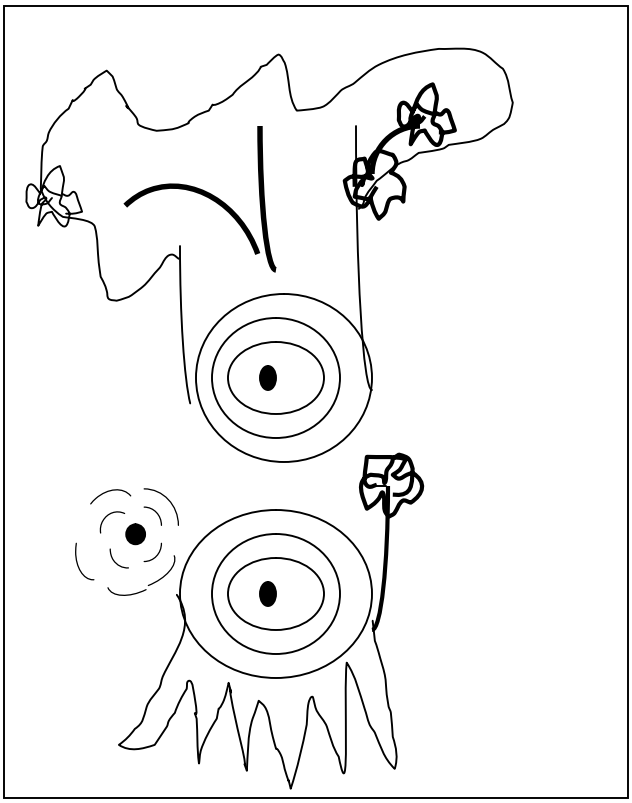
Lucrurile sunt mai adânci deoarece însăşi constituirea eului, a sinelui, se produce în prima copilărie, prin modelarea şi impregnarea sa matricială de către imagoul matern. Şi prin comerţul intim cu alţii. Iar apoi, oglindirea în alţii, în privirea şi sufletul lor, e la fel de importantă ca şi reflectarea în oglinda din casă. Doar prin ambele raportări speculare putem sesiza intuitiv că suntem şi avem o individualitate corporală.

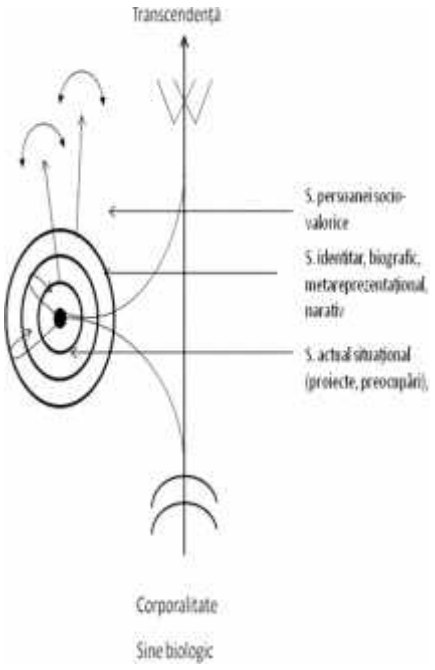
Chenar 32 ***Instanţa sinelui***
Persoana socio-valorică



Chenar 33

Depersonalizarea ca deficit al coerenţei centrale identitare formale





Sinele identitar, care se exprimă continuu prin angajarea în situaţii actuale şi e susţinut de durata biografică şi de identitatea corporal socială, are şi un aspect formal, al unei coerenţe centrale sintetice. Se presupune un centru autoreflexiv şi intenţional, o structură concentrică interioară, limite ce permit resimţirea interiorităţii subiective în raport cu exterioritatea lumii şi a altora; precum şi o aderenţă spontanţă faţă de lumea cu care interacţionează constant prin sintezele situaţionale. Sinteza ce reuneşte într-o unitate coerentă multiplul şi diversul, se exprimă atât la nivelul manifestărilor situaţionale cât şi la cel al identităţii formale.

Individualitate dotată cu o minte distinctă, dar similară cu cea a celorlalţi. Iar acest proces, prin care ne co-formăm prin introjectarea imagourilor celorlalţi, proces mediat de ataşament, continuă toată viaţa. La el contribuie în egală măsură imaginarul nostru şi cel colectiv. Prin care, intervin şi figurile umane ale eroilor vehiculaţi de cultură, ce ne impregnează încă din perioada poveştilor copilăriei.

În acest mediu, în această atmosferă interumană aparte, ni se structurează relaţiile cu alţi oameni concreţi, cu toată dinamica apropierii şi îndepărtării lor de intimitatea noastră. E un proces care implică complexa reţea de roluri şi statute sociale, aducând în preajma noastră o multitudine de persoane şi personaje oficiale şi ideale, cu care ne relaţionăm. Comerţul constant cu ceilalţi, aflaţi la diverse distanţe psihologice şi în variate relaţii de ataşament cu noi, structurează coparticiparea acestora la cunoaşterea intimităţii noastre şi la deciziile pe care le luăm.

Şi astfel se constituie si se relevă axul bazal şi consistent al sinelui, cu valenţele sale de agenţie şi apartenenţă la sine a propriilor trăiri intenţional şi reflexiv. Ax al trăirilor fenomenologice, care este vârful unui aisberg. Al edificiului imersării în universul coparticipativ al lumii noastre umane.

*

* *

- Metafora arborelui

Un pom care creşte îşi multiplică arborescent rădăcinile şi ramurile, ce rămân legate de acelaşi trunchi. Ordinea ierarhică a ansamblării părţilor într-un tot poate fi sugerată si de o piramidă, Când aceasta se prăbuşeşte, elementele constitutive rămân alăturat una de altă, în dezordine, în haos. Sau, această ordine ar putea fi sugerată prin cercurile concentrice ale unor orbite ce se învârt în jurul unui nucleu, aşa cum e modelat atomul sau câmpul gravitaţional al sistemului solar. Când sistemul colapsează sau explodează, părţile se duc în direcţii diferite, poate intrând pe noi orbite cuantice.

Dar un arbore? Omul seamănă cu un arbore şi datorită pozitiei sale verticale. Rădăcinile Antroposului, ale fiecărui om, se adâncesc în Biosul ce l-au produs, în antropogeneza ce ne înşurubează în biologie. Ramurile sale urcă, bifurcându-se, spre cerul cunoaşterii şi al valorilor, spre soare şi stele. În vecinătatea sa sunt ceilalţi arbori ai pădurii, cu ramurile cărora coroana sa se întreţese. Pe pământul din care creşte, în jur,

sunt tufe şi flori, iarbă şi frunze căzute. Animalele vin şi pleacă, gâzele zumzăie. Din când în când vin oameni cu topoare şi mai rănesc sau taie câte unul. Dar, în mod firesc, lăstarul creşte, stejarul îşi roteşte coroana falnică, gazdă pentru cuiburi de păsări. Apoi, vine bătrâneţea, scorburile, uscăciunea. Şi moartea.

Porfir, reluând şi sistematizând categoriile lui Aristotel, le-a organizat sub forma unui arbore. Citind la 20 ani aceeaşi carte a Categoriilor, Augustin se miră de prestigiul opùsului. Lucrurile i se par simple. Şi ia drept exemplu un om. Ce spun categoriile despre substanţa acestuia? Ele vorbesc despre mărimea lui, despre înrudirea sa, despre locul în care s-a stabilit, dacă şade, dacă e încălţat sau înarmat, dacă face sau suferă ceva şi aşa mai departe. Cele nouă genuri organizează afirmarea şi înţelegerea unui om ce stă în faţa noastră.

De ce oare nu şi a unui arbore ?

Chiar imobil, dar privind spre cer, spre stele, arborele ne poate fi de folos, ca metaforă, când ne gândim la axul sinelui uman.

Capitolul VI Note şi Bibliografie

1. Narativitatea pe care o etalează romanul are o replică în dimensiunea narativă a subiectului, prin care se susţine identitatea sa biografică. Biografiile şi autobiografiile elaborate şi publicate sunt un reper pentru biografia şi autobiografia potenţială ce dimensionează fiecare om, cel puţin în vremea culturii. În ultimul timp s-a dezvoltat o psihologie narativă a persoanei şi problema interesează tot mai mult psihopatologia. Problema va fi reluată în cap.VIII.

82. McAdams D.P., Josselson R. & Lieblich A. (Eds) (2006), Identity and story. Creating self in narrative, American Psychological Association, Washington, DC.

83.Hermans H.J.M., Hermans-Konopka A. (2010), Dialogal Self Theory. Positioning and Counter-Positioning in a Globalizing World, Cambridge University Press

84. Freeman M. (1993), Rewriting the self. History, memory, naratives, Routledge, London

85. Gregg G. (1991), Self – representation: Life-narative studies of identity and ideology. Greenwood Press, New York

86. Gallanger S. (2003), Self-narrative in schizophrenia, in Kirchet et all., 336-360

Narativitatea susţine identitatea biografică în instanţa sinelui metareprezentativ într-o zonă a psihismului în care se manifestă delirul, cu specificitatea sa de a fi ancorat tematic.

2. „Cazul psihiatric" are o realitate în persoana suferindului şi e identificat pe baza unor criterii de diagnostic de exemplu a celor din DSM-IV TR sau ICD-10. El are însă şi o realitate secundă, în textele descriptive ale Foilor de Observaţie ce se cumulează în arhive şi în cazuistica comentată în cărţi. A se vedea :

87. Harré R. (2007), „The logical basis of psychiatric meta-narratives, in Ching M.C. et all, 295-306

Analiza de caz are o mare tradiţie în psihopatologie şi variate modele de abordare. Ea a servit la descrierea simptomelor şi sindroamelor, relevarea unor cazuri particulare, la susţinerea unor doctrine psihopatologice – aşă cum procedează Freud prin interpretarea unor cazuri, care în majoritate le-a identificat în problematica altora. Jaspers a ridicat problema cazului tipic exemplar care se pretează şi interpretărilor hermeneutice. Această modalitate, precum şi patografiile, se apropie de cazul eroilor fictive, de literatură, şi la ea se referă intervenţia lui Harré. Felul în care e urmărită însă cazuistica în cercetarea psihiatrică actuală e predominenbt statistică, prin sumarea cazurilor decupate prin criterii de includere şi excludere.

3. Studiul de caz e promovat în psihologie şi psihopatologie. A se vedea :

88. David D. (2008), Metodologia cercetării clinice. Fundamente, Ed.Polirom Collegium, Iaşi

4. Referinţa e la:

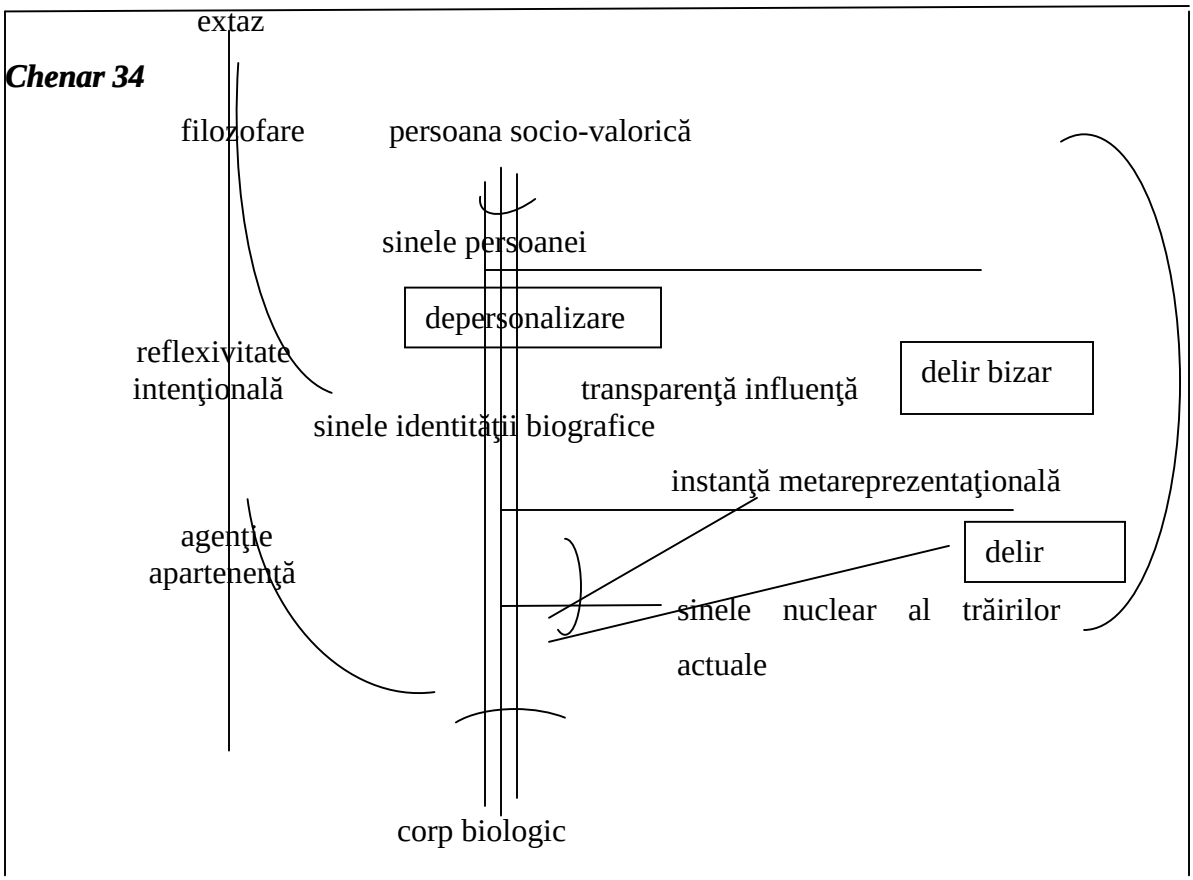
89. Lăzărescu M. (2011), Chin, extaz şi nebunie înnaltă în sec.XX. Cronica a trei zile prilejuite de comemorarea centenarului naşterii lui E.Cioran, Ed.Brumar, Timişoara

Invocarea în text a experienţelor de trăire a lui Cioran este făcută pentru excelenta comentare de către autor a vidului interior şi plictisului, consecutiv extazului, desprinderii de lume şi sentimentului de singurătate absolută. În psihopatologie sentimentul de vid interior e trăit în sindromul de depersonalizare. E important să se identifice un echivalent în normalitate al acestuia, fapt pe care îl oferă opera lui Cioran. Corelarea golului interior cu tradiţionala „acedie" mânăstirească, trimite la relaţionare mistică care poate epuiza în mod specific universul psihologic al persoanei umane. Corelaţiile ce se întâlnesc la Cioran ca îndoiala şi hiperluciditatea sunt şi ele semnificative.

5. Minkowski e important în comentarea problemei depersonalizării deoarece, deşi de orientare fenomenologică, el nu se raliază doctrinei lui Husserl ci filozofiei lui Bergson privitoare la elanul vital. Se înlătură astfel toate complicaţiile metodologice ale fenomenologiei husserliene.

90. Minkowski E. (1966), Traité de psychopathologie, Ed.P.U.F., Paris

6. Într-o schemă a psihismului uman centrat de ierarhia sinelui (self-ului) zona afectată de depersonalizare este axul identitar formal al persoanei, pe care se mulează narativitatea biografică; şi care e acoperit de umbrela persoanei sociale.



7. Depersonalizarea deşi e un sindrom destul de vag conturat, ridică probleme psihoantropologice importante. Ea nu poate fi urmărită la nivel psihobiologic în acelaşi mod ca anxietatea, depresia şi mania, fiind esenţialmente o trăire subiectivă, care e dificil

şi să fie exprimată lingvistic şi nu e observabila comportamental. Subiectul foloseşte expresii metaforice ca : vid interior, neaderenţă şi neconectare distanţă faţă de lume (“ca după un clopot de sticlă”),deficit de interpătrundere şi ataşament faţă de alţii, răceală, pustiire afectivă, indiferenţă totală, incapacitate de a se bucura. Acest complex de trăiri se petrece în condiţiile unei lucidităţi şi hiperreflexivităţi autoanalitice exagerate.

Este evidentă diferenţa faţă de anxietate, trăire derivată din una psihobiologică extrem de veche pe scară biologică şi care e însoţită de intense manifestări corporale. Trăirile anxioase – angoasa, frica – semnifică pericolul morţii individului biologic. Pe când depersonalizarea trimite la indepartarea de “lumea umană”, pe care subiectul continuă să o perceapă, să o observe şi să o înţeleagă detaşat, indiferent. Ea este evident mediată de logos, de cunoaşterea teoretică. Mărturiile antropologice şi analize ca cele ale lui Cioran, trimit şi spre o conexiune cu stările extatice, cu referinta la o epuizare psihoantropologică centrală, în urma unor astfel de trăiri. Singurătatea cosmică de care aminteşte Cioran atunci când stă faţă în faţă doar cu Dumnezeu, face parte din acelaşi complex de trăiri cu vidul interior, neaderenţa la lume, plictisul, abulia amotivaţională (“nu are nici un sens să acţionez”), îndoiala şi astenia.Merită reţinut şi s-ar cere studiat sistematic faptul că, deficitul de depersonalizare vizează un ansamblu psihic coerent, ce exprimă una din cele trei instanţe psihocerebrale pe care le comentează sinteza evoluţionistă a creierului triun a lui Mac Lean. Acesta împarte creierul uman în trei nivele : reptilian, paleomamilar şi neomamilar. Creierul paleomamilar ar fi responsabil de funcţiile reglării emoţiilor, formării cuplurilor, îngrijirilor maternale, ataşamentului de părinţi şi explorării ambianţei. Aceste funcţii ar fi esenţiale,ca baza pentru structurarea creierului social (Panjseep, 2007). În depersonalizare, aceste funcţii sunt abolite în bloc, concomitent cu o relativă păstrare a funcţiilor cognitiv analitice, girate de creierul neomamilar, mai ales în specificitatea sa umană de gândire abstractă şi analitică.

Astenia cenestopată şi uneori devitalizantă , însoţită sau nu de sentimentul devitalizarii si a pierderii limitelor , e principala formă de exprimare a depersonalizării în instanţa corporalităţii.

Depersonalizarea reduce toate faţetele intenţionalităţii psihice : elanul acţiunii, ataşamentul faţă de alţii, tendinţa spre împlinire de sine şi bucurie. Ca o consecinţă întâlnim avoliţia, anafectivitatea, anhedonia şi autismul. Deficitul de coerenţă centrală a identităţii formale a sinelui, ce-i stă în spate, susţine senzaţia pierderii limitelor şi stă la baza haosului dezorganizării.

În perspectivă psihopatologică, sindromul depersonalizării se impune mai ales prin varianta şi intensitatea sa psihotică, ce se întâlneşte în schizofrenia deficitară, de obicei în conjuncţie cu dezorganizarea. A mai fost semnalată în formele grave de obsesionalitate (psihastenia malignă a lui Janet cu pierderea simţului realităţii şi derealizare), în depresia melancolică (descrisă iniţial ca depresie vitală de către Schneider). În formă mai puţin accentuată se întâlneşte în variate forme ale tulburării de personalitate, mai ales în varianta “borderline” în care e deficitar sentimentul identităţii cu sine. Toate acestea au în vedere trăirea persistentă a sindromului depersonalizat. Ea poate apare însă şi paroxistic, sub forma unor crize a sentimentului de pierdere a identităţii, însoţite de derealizare, de obicei corelat cu atacul de panică. E vorba de un mecanism psihocerebral identificat şi în unele crize epileptice temporale. În sistemul DSM-IV TR depersonalizarea e evaluată şi ca o trăire psihocorporală ce ar putea apare

independent, în cadrul tulburărilor somatoforme, la o oareşcare apropiere faţă de stările disociative de conştiinţă.

Articulaţia cu normalitatea se realizează prin trăiri de tip astenie, indiferenţă, plictis. Anafectivitatea nerezonantă, care permite un calcul “la rece” a situaţiilor este poate fi până la un punct o funcţie adaptativă, care face să crească unele performanţe, fiind de aceea selectată evolutiv. Ea se diferenţiază astfel de mecanismul “empatizării” (în sensul comentariilor pe marginea autismului lui Baron-Cohen). În aria tulburărilor de personalitate aceasta se manifstă mai ales la psihopat.

În perspectiva filosofiei existenţialiste merită amintit faptul că Heidegger face apel în mod esenţual la trăirea angoasei, care ar semnala doar trimiteri marginale la plictis (“atunci când te cuprinde “urâtul” esenţial”). Deşi, întreaga analiză pe care el o face Da-sein-ului, scoate în evidenţă un locus al articulaţiei, al aderenţei şi interpătrunderii acestuia cu lumea,care pe de alta p[arte ii este consubstantiala, în cadrul existenţialului a-fi-în-lume. Depersonalizarea ca sindrom, evidenţiază tocmai acest locus, argumentând astfel analiza lui Heidegger.

Capitolul al VII-lea

Dialogul, autismul, schizofrenia

S-au reîntâlnit cu toţii în casa lui Vasile să discute despre principala boală a psihiatriei, schizofrenia, pe marginea căreia tocmai apăruse o carte, scrisă de cei din clinica în care lucra Alexandru.

Chiar când erau cu toţii de faţă s-a anunţat rezultatul alegerilor prezidenţiale din SUA, victoria lui Barack Obama.

- A fost o luptă foarte strânsă şi dură, Mitt Romney fiind până în ultima clipă la egalitate cu adversarul său. Ce confruntare pasionantă! Au avut şi concepţii diferite şi stiluri specifice de discurs. Romney apărea viguros, cu cămaşa sa albă suflecată până la cot, cu mişcări tranşante, privire pătrunzătoare, zâmbet captivant….în jur culoarea dominantă era roşul. La remarcile sale acide sala izbucnea în ropote de aplauze. Obama, uscat, dar suplu ca o felină, zâmbind şi el larg sub privirea inteligentă, vorbea celorlalţi parcă întrebându-se şi reflectând asupra unor probleme dilematice, dar adresându-se explicit celor prezenţi. Albastrul steagurilor nu era spectaculos şi cei din jur păreau mai repede o comunitate participativă decât spectatori la o coridă. Şi dialogurile directe au fost scăpărătoare, moderatorii ţinând cu greu balanţa replicilor.

- Acest spectacol al confruntării şi dialogului pe care-l oferă prezidenţialele din SUA a devenit un eveniment public periodic, la fel ca festivalul de film de la Cannes. Dar care implică şi înfierbântă întreaga populaţie a Americii; şi în mare măsură pe cea a lumii. O asemenea dezbatere politică combină dialogul cu discursul retoric, două descoperiri în

tehnologia logosului ale istoricilor greci din antichitate. Dialogurile lui Platon erau însă separate de agora politică, Socrate afirmând chiar că misiunea specială a daimonului care-l bântuia era aceea de a-l opri să ia cuvântul la adunările polisului. Iar discursurile retorice de pe atunci se refereau în mare măsură la elogiul cu ocazia înmormântării cuiva şi la pledoaria în cazurile juridice. E drept că, prin speculaţia sofiştilor în domeniul logosului, s-a dezvoltat şi tehnica argumentării cvasilogice pro şi împotriva unei teme, cu demonstrarea până în cele din urmă ca adevărate a ambelor teze opuse, fapt care i-a uimit şi scandalizat pe romani. Dar experienţa sofistă s-a integrat într-un ciclu diferenţiator al tehnologiei logosului, care nu a încetat să pulseze şi să se complexifice ulterior în cultura Europei.

- Dialogul, ca formă de comunicare dintre oameni, face parte din viaţa noastră zilnică.(1) De fapt, la acest nivel, de obicei se desfăşoară poliloguri, discuţii între multe persoane pe marginea unei teme de importanţă variată, de la bârfă la opinii despre o echipă de fotbal, despre acţiunile unui partid politic sau despre o descoperire ştiinţifică. Oricum, o temă care-i interesează pe toţi.

- Aceasta este şi structura workshop-urilor ştiinţifice actuale. Se lansează de către un vorbitor o temă pe care acesta o susţine. Iar participanţii discută pe marginea ei, argumentând mai mult sau mai puţin în contradictoriu, dezvăluind variate aspecte ale problemei. Într-o comunicare ştiinţifică standard se prezintă doar rezultatele obţinute într-un domeniu, în raport cu care alţii pot pune întrebări sau face consideraţii. În workshop-uri dezbaterea dialogală e mai amplă.

- Principiul dialogului dialectic se referă la confruntarea agonică ideatică dintre doua persoane care încearcă să abordeze o temă din două

puncte de vedere opuse. În principiu e vorba de o confruntare. Adică de manifestarea în planul logosului a luptei dintre doi opozanţi. Ceea ce în biologie se petrece prin atacuri corporale. Dacă nu există opoziţie, ci consens total, dezbaterea dialectică nu are rost. Ea este altceva decât expunerea didactică a transmiterii unor cunoştinţe. Opoziţia poate merge până la contradicţie şi negare. Dar o zonă de consens şi interes comun trebuie să existe de la început. În dialogurile lui Platon, cineva, de obicei Socrate, este cel care dirijează mersul discuţiei. Şi la fel în orice dialog. Cei doi nu se prezintă de pe poziţii simetrice neutrale, ci în cadrul confruntării de obicei unul dintre ei dirijează discuţia. Sinteza concluziei încorporează în ea această opoziţie de pe parcurs. Oricum, pentru a-ţi afirma şi impune punctul de vedere, trebuie să te implici şi să lupţi pentru ideile tale. Pe scurt, să fii asertiv. Mai complicată e problema dialogului interior, în care te confrunţi cu tine însuţi.

- Principiul dialogal al confruntării de idei şi argumente se păstrează şi în discursul retoric, de exemplu în cel juridic. Sau în cel politic, aşa cum Campania electorală din SUA a reamintit-o tuturor. Conform regulilor clasice ale retoricii, pe care le sintetiza încă din antichitate Quintilian, retorul, după ce-şi expune argumentele, trebuie să comenteze respingerea obiecţiilor posibile. Iar în anumite cazuri, el urmează să respingă argumentele şi dovezile prezentate concret de adversar. Faptul presupune şi o interpretare a acestora, de unde corelaţia cu hermeneutica.

Acest model s-a păstrat în interesantul mod de dezbatere ideatică ce s-a manifestat în Europa după inventarea şi impunerea tiparului. Pe vremea lui Descartes, să zicem, cineva publica o carte pe o anumită temă, susţinându-şi cu argumente propriile idei. Alţii publicau apoi cărţi prin care atacau, încercau să conteste, să anuleze semnificaţie primei, susţinând un

punct de vedere diferit în acelaşi domeniu. Primul autor, să zicem Descartes, răspunde, publicând o altă carte în care comentează obiecţiile celor ce l-au criticat. De fapt, el publică “Meditaţii despre filosofia primă” într-un volum în care, pe lângă cele şase meditaţii ale sale, prezintă şapte şiruri de întâmpinări, ca răspuns la obiecţiile ce au fost făcute, public şi în scris, de o serie de alţi gânditori din vremea sa. Prin această mişcare dialectică, confruntând şi dezbătând ideile, gândirea omenească desfăşoară o argumentaţie, întărind validitatea ideilor afirmate.

Dacă ne întoarcem la dialogurile noastre cele de toate zilele, acestea nu se petrec prin cărţi, ci prin vorbire şi comunicare nemijlocită într-o situaţie dată. Condiţia de bază este ca cel puţin doi oameni să fie prezenţi faţă în faţă şi să accepte o discuţie argumentată între ei, în jurul unei teme pe care o cunosc şi despre care fiecare are un punct de vedere. Deşi aparent banal, dialogul real e de fapt un fenomen foarte complex, care presupune atât o bună şi corectă folosire a limbii în “jocuri lingvistice”, cât şi o atenţie comprehensivă faţă de ceea ce intenţionează să comunice argumentat celălalt. Deci, capacitatea subiectului de a se descentra din propria perspectivă şi de a se transpune în punctul de vedere al interlocutorului. Se mai cere apoi un simţ al măsurii, şi intuiţia de a-şi da seama când să intervină cu o replică; iar în continuare, cât şi cum să o dezvolte, sesizând măsura în care celălalt o înţelege cu adevărat.

- Dar oare cum se desfăşoară acest proces în dialogul interior?

- Desigur, şi dialogul interior presupune un interlocutor potenţial. Dar, revenind la situaţia dialogului real, în cadrul său intervin multiple aspecte psihologice fundamentale. Unul dintre acestea e capacitatea de a intui gândurile şi intenţiile celuilalt din privire, oricum nonverbal; şi de a le corela cu ceea ce el argumentează prin cuvinte. Intuirea intenţiilor şi

opiniilor celuilalt e o capacitate de cogniţie socială ce se dezvoltă la copil până la trei ani, perioadă în care realizează şi relaţia de ataşament cu mama, el însuşindu-şi în acelaşi timp limbajul vorbit. Aceeaşi capacitate de mentalizare presupune o clară percepere a figurilor umane, înţelegerea semnificaţiei mimicii – şi mai ales a privirii – adevărata abilitate de mimare şi/sau rezonare afectivă cu alţii. Toate acestea nu se dezvoltă la copiii autişti. Ei sunt insensibili la prezenţa altui om în preajmă, nu reacţionează nici la prezenţa mamei altfel decât faţă de orice obiect. Autistul nu priveşte faţa celuilalt şi se recunoaşte dificil în oglindă. Nerelaţionându-se cu alţii, desigur că el nu se angajează efectiv sau eficient nici în dialoguri. Detaşat de realitatea umană din jur, copilul autist e preocupat de obicei ca ambianţa din jur să rămână neschimbată. Iar interesul său se îndreaptă spre jocuri constructive şi mecanice, repetând întruna aceleaşi mişcări stereotipe.(2)

- Jocurile omeneşti se desfăşoară, multe dintre ele, în echipe, în care trebuie să colaborezi cu partenerii, să fii atent şi să intuieşti mişcările adversarului. În acest domeniu, probabil că autiştii nu sunt performanţi. Iar jocul scenic, teatral, desigur le este străin, fiind domeniul preferat al histrionicilor. Dar probabil în şah şi în jocurile pe calculator pot avea performanţe bune.

- Ba mai mult. Ei sunt performanţi în tot ceea ce presupune procesul mental de clasificare şi sistematizare, de la obiecte la informaţii. Persoanele ce fac parte din spectrul autist, având un intelect şi un limbaj mai dezvoltat, pot realiza sinteze informative ample şi cu o bună clasificare ordonatoare, în unele domenii care-i interesează. De exemplu, privitor la un anumit tip de plante sau de minerale, ei redactează un fel de referat pe o astfel de temă şi îl citesc în prezenţa altora, fie că aceştia sunt sau nu interesaţi de subiectul respectiv, fie că îl ascultă sau nu. Practic, e vorba de

un fel de monolog ce se desfăşoară rigid şi stereotip, decontextualizat în raport cu alţii. Când începe eventual o discuţie cu cineva, cel cu tendinţe autiste îşi exprimă punctul de vedere indiferent de opiniile celorlalţi şi neatent la argumentele lor. Interesul, preocupările şi afirmarea lingvistică se desfăşoară de parcă ar fi limitată de un tunel impermeabil la influenţe exterioare. De aceea se şi foloseşte expresia de autism. Interesant e că unii pot avea o extraordinară capacitate de memorie mecanică, învăţând calendarele de pe mulţi ani şi tomuri întregi cu mersul trenurilor. De asemenea, unii posedă o capacitate de calcul mental uimitoare.

- Se pare că talentul pentru matematică presupune o structură funcţională specială a creierului, diferită de capacitatea narativă. Totuşi, creativitatea autentică în aria matematicii nu o realizează chiar aceşti autişti.

- Autiştii au un deficit major în primul rând în aria comunicării nonverbale, mimico-gestuale, centrate de privire. Şi aceasta chiar în primul an de viaţă, fapt evident în relaţia sugarului cu mama. Studierea autismului a recentrat atenţia psihologilor asupra rolului bazal al comunicării nonverbale în relaţia dintre oameni. Şi mai ales al privirii. Reapare în faţă astfel fundalul biologic peste care s-a clădit în peste un milion de ani psihismul uman. După naştere, imediat ce-şi poate ţine privirea aţintită, sugarul începe să şi-o conjuge cu a mamei, urmărind privirea acesteia spre obiecte şi explorându-le împreună cu ea. Apoi, el ajunge să caute privirea mamei spre a-i atrage atenţia asupra lucrurilor noi pe care le descoperă (Wyman, 2003; Mundy, 2006). Şi îi pretinde să le exploreze alături de el. Prin privire, receptează zâmbetul mamei, la care răspunde prin zâmbet, deschizând calea spre ataşament şi spre rezonare intersubiectivă. Acum, după 8 luni, când imaginea mamei e percepută ca un tot semnificativ şi specific, începe să se realizeze relaţia de ataşament. Astfel încât, prin privire, micuţul identifică

străinii şi caută apropierea protectivă a mamei. La 18 luni el se recunoaşte privindu-se în oglindă, iar la 3 ani citeşte, privind feţele altora, intenţiile şi opţiunile celorlalţi în raport cu situaţia dată. Privirea se conjugă cu vorbirea şi cu explorarea motorie în descoperirea şi modelarea lumii, în acţiunile asupra acesteia. Privirea, centrând atenţia pe un obiectiv, receptează în acelaşi timp, în maniera "atmosferică", fundalul ambianţei în care acesta se află. El simte şi "respiră" astfel prezenţa altora în aceasta. Şi în cele din urmă, el resimte în acest fel lumea din jur ca un câmp al acţiunilor posibile. Doar că autistul rămâne indiferent la o astfel de percepţie atmosferică care implică şi prezenţa altora.

Privirea continuă să joace un rol major în relaţionarea interpersonală a adultului. Prin privire, cineva îşi impune autoritatea. Privirea exprimă dragoste, cochetărie, vinovăţie, supunere, admiraţie, speranţă, nelinişte, ură, disperare. Prin expresivitatea mimico gestuală, centrată de privire, o persoană poate deveni charismatică. Sau se poate exprima ca un om şters, umil.

Autistul, deci, nu-i priveşte direct pe oamenii din jur şi nu e interesat de prezenţa lor la ambianţă.

- Totuşi, aceste persoane, marcate mai mult sau mai puţin de spectrul autismului, au locul lor anume în viaţa socială. Între rudele autiştilor sunt foarte mulţi ingineri şi fizicieni, matematicieni foarte talentaţi, muzicieni şi tot felul de profesionişti excelenţi (Baron-Cohen, 2005). Ei nu sunt însă prea performanţi în profesii ce necesită abilităţi în relaţionarea socială, ca responsabili cu relaţiile publice sau manageriale, ca organizatori de evenimente şi şantiere; sau ca profesori. Le lipseşte pentru aceste profesii nu doar abilitatea mimico-gestuală, ci şi asertivitatea interpersonală necesară. De aceea, nu fac prea multă treabă nici în politică. Un om cu

înclinaţii autiste nu s-ar fi putut angaja într-o competiţie ca cea dintre Romney şi Obama.

- Nici schizofrenii nu-i privesc cu naturaleţe şi spontaneitate pe ceilalţi, direct în faţă. Uneori parcă privesc lateral, vag, suspicios. Sau privesc în gol, exprimând un vid sufletesc.

- Schizofrenia împărtăşeşte deci unele manifestări comune cu autismul şi spectrul său. Dar ce caracterizează această tulburare a minţii umane?

În rezumat s-ar putea spune următoarele:

- Schizofrenia e o suferinţă psihiatrică ce a fost circumscrisă la sfârşitul sec. XIX, prin studierea pacienţilor internaţi în azile, de către psihiatrul german Kraepelin care a numit boala “demeţa precoce”(3). Aceasta deoarece ea apărea la tineri şi ducea progresiv la o deteriorare globală, predominant cognitivă a psihismului. Numele actual al tulburării se datoreşte elveţianului Bleuler care, la începutul sec. XX, a sugerat că la baza ei stă o dezorganizare a psihismului – o disociaţie, o fragmentare, pentru care a invocat neologismul grecesc de “schizis”. Această dezorganizare se însoţeşte de o depersonalizare exprimată printr-un deficit afectiv, volitiv şi în elaborarea asociativă a ideilor. Secundar s-ar manifesta şi tulburări halucinator-delirante, care ar fi expresia unei eliberări a subconştientului. În ansamblu, s-ar realiza o repliere pe sine “autistă”, comunicarea cu alţii fiind blocată. Bleuler pleda pentru o tulburare centrală, nucleară a bolii. El considera că există şi forme uşoare, simple, cu puţine simptome şi chiar forme latente de schizofrenie. Demenţa, pe care o invoca Kraepelin, nu ar fi un criteriu obligatoriu, deşi există o deficienţă şi deteriorare cognitivă specială ce se manifestă în perspectivă longitudinală. Una dintre caracteristicile bolii e manifestarea la multe cazuri a unei lucidităţi

autoanalitice hiperreflexive cu tendinţă spre abstractizare. De-a lungul sec. XX, opiniile clinicienilor au variat, atât în ceea ce priveşte simptomatologia dominantă, cât şi durata, evoluţia şi intersecţia cu alte tulburări psihice. În ultimul deceniu a existat tendinţa de a se pune accentul pe manifestări "productive" (schizo+), marcate de un delir halucinator bizar. Dar fără a se ignora simptomatologia deficitară (schizo-) şi cea dezorganizantă (schizo.def.). De asemenea, ca reacţie faţă de optica imprimată de DSM-III-IV de a se identifica tulburarea doar pe baza prezenţei unor simptome dintr-o listă, se manifestă insistent în ultimii ani tendinţa revenirii la ideea lui Bleuler, aceea a unei tulburări bazale, centrale, nucleare, care face trimitere la instanţa psihologică a "sinelui" – Self. Mai ales psihopatologia fenomenologică insistă în această direcţie.

- Este schizofrenia o tulburare aşa de complicată încât simptomele ei nu ar putea fi prezentate într-o formă pe care să o înţeleagă mai mulţi? De exemplu, prin ce s-ar caracteriza starea schizo productivă?

- Simptomele nu sunt greu de rezumat, deşi unele par ciudate. De aceea se şi spune despre delirul din această boală că e bizar. Pot fi prezente variate teme delirante, dar cel mai frecvent e prezent un delir paranoid, însoţit de sentimentul special al supravegherii. Cu delirul ne-am familiarizat în capitolul IV. El constă într-o convingere de nestrămutat într-o idee neadevărată, ce nu poate fi schimbată prin argumente.

Tematica paranoidă se referă la intenţia altora de a face rău subiectului. Bizareria schizofrenă rezultă în mare măsură din limbajul şi gândirea sa dezorganizată, expresia şi vorbirea ajungând incoerente, cu formulări preţioase şi trimiteri la abstracţii misterioase. Şi, de asemenea, din trăirile depersonalizante, devitalizante, exprimând golirea sufletească. Pe lângă această intersecţie cu simptome din celelalte clase, trăirile paranoide

ale schizofrenilor sunt marcate de un sentiment special al supravegherii. El are impresia senzitivă că e în centrul atenţiei altora, care discută despre el. Şi chiar aude voci care-l comentează. Dar şi voci care discută despre activitatea lui curentă, despre ce face, intenţionează sau gândeşte, ca şi cum i-ar cunoaşte gândurile. Pacientul se simte urmărit pe stradă şi oriunde, supravegheat cu camere de luat vederi; are impresia că i se interceptează convorbirile telefonice, iar în casă sunt plasate microfoane.

Mai mult, are senzaţia că alţii îi cunosc gândurile, i le dirijează, îi introduc în minte gânduri străine sau i le retrag; că îi influenţează voinţa şi îi dirijează mişcările din exterior, de la distanţă. Totul pare a se învârti în jurul său, tot ce se întâmplă pare a avea o semnificaţie specială, vorbele de la televizor par mesaje ce i se adresează sau au un dublu înţeles, unul pentru toată lumea şi altul misterios, care îi semnalează că i se va întâmpla ceva deosebit. Iar în această atmosferă stranie de nefamiliaritate şi aşteptare, o percepţie banală, cum ar fi vederea unui câine, declanşează brusc şi incomprehensibil o idee delirantă: “sunt infestat de cancer de şefii masoneriei mondiale care fac experienţe pe mine printr-o reţea invizibilă de calculatoare”.

- E într-adevăr ciudată această atmosferă delirantă, în care legătura cu întâmplările obişnuite ale oamenilor pare să se întrerupă, trecându-se într-un alt tărâm, al unei vieţi psihice incomprehensibile pentru noi.

- Aşa a formulat problema şi Jaspers în urmă cu 100 de ani. De atunci însă şi mai ales în ultimele decenii, o serie din piesele acestui puzzle s-au mai clarificat. Astfel încât acest delir bizar, care de obicei apare în cursul episoadelor acute, se cere plasat pe un fundal de continuitate cu normalitatea. Nu trebuie ignorat faptul că în cazurile tipice de schizofrenie converg simptome din trei arii separate. Simptomele deficitar depersonalizante sunt considerate ca manifestări mai de durată, care s-ar plasa în fundalul pe care izbucnesc fazele acute. Deşi nu se poate însă formula o regulă strictă.

- S-ar putea spune câteva lucruri mai puţin tehnic psihiatrice şi despre celelalte două aspecte ale schizofreniei? Astfel, aria deficitară prin ce se caracterizează în mod specific?

Predomină un sindrom al depersonalizării cu senzaţie de vid interior, cu lipsa oricărei dorinţe, intenţii, bucurii, plăceri. În această variantă a tulburării, care e de obicei trăită lucid, conştient, chiar hiperreflexiv, nimic nu îl mai atrage pe schizofren şi nu-l mai leagă de lume. Nimic nu îl mai impresionează sau emoţionează. El se simte rupt de lume, alături de ea, indiferent la toate, la ceea ce se întâmplă cu alţii. Indiferent şi faţă de starea sa. Această detaşare se evidenţiază mai ales în aria afectivităţii, a ataşamentului interpersonal, a rezonării, a acordării afective. El nu se mai simte legat de nimeni, nu mai vibrează împreună cu alţii. Ceilalţi sunt parcă nişte obiecte inanimate, manipulabile. Se vorbeşte despre răceală afectivă, tocire sau pustiire afectivă. Subiectul nu se mai simte afectat de nimic. Trupul e parcă de piatră, de gheaţă, de plastic. Corpul şi sinele parcă se schimbă, îşi pierd coerenţa şi limitele, se dizolvă. Iar subiectul asistă lucid la neantizarea sa.

Nefiind atras de nimic, schizofrenul deficitar nu e motivat să acţioneze. El petrece majoritatea timpului nefăcând nimic. Dacă apare totuşi intenţia de act, intră acum în joc ambivalenţa, invocată încă de Bleuler. Subiectul nu se poate hotărî între două intenţii sau două direcţii de acţiune, oscilând la infinit între ele. El ruminează asupra fiecărei eventualităţi, fără a trece la act. Iar dacă acţionează totuşi, autoobservaţia şi autoanaliza hiperreflexivă continuă influenţează spontaneitatea comportamentului. Dacă un om trebuie să îşi supravegheze fiecare mişcare, fiecare cuvânt, percepţia sau chiar actul de a decide, comportamentul său se derulează cu mare dificultate. Astfel de trăiri se articulează, prin faze intermediare, cu felul în care se raportează la acţiune obsesivul grav.

Apato-abulia schizofrenului deficitar, vidat interior, neaderent la lume şi hiperreflexiv se însoţeşte deseori de trăiri derealizante. În derealizare

subiectul percepe corect ambianţa; dar aceasta îi apare stranie, nefirească, ca un vis, ca un teatru artificial, ca după un clopot de sticlă. Sau ca încremenită, lipsită de viaţă şi mişcare, într-o imobilitate spectrală rigidă. Un pacient al lui Minkowski spunea:

"Totul este nemişcare în jurul meu. Lucrurile sunt izolate, fiecare pentru sine, fără să evoce nimic.…În jurul meu este o fixitate absurdă.…(până şi) ideile mele imobile sunt ca nişte statui".

Această dispariţie a bogăţiei şi mobilităţii vieţii e considerată de autor ca datorată deficienţei "elanului vital", înţeles în sensul lui Bergson. Deficit de care ar depinde şi sentimentul de devitalizare corporală, pierderea iniţiativei, curiozităţii, participării spontane şi active la viaţa de zi cu zi. Schizofrenul rămâne izolat, inactiv, dar ruminativ, de obicei cu înclinaţii autoreflexive şi uneori cu preocupări pentru abstracţii vide.

De fapt, în trăirea sa apare o disociere între aspectele concrete şi generalităţile abstracte, un gol în zona „inimii pulsânde" a bogăţiei concrete a vieţii fireşti. Cele două extreme nu mai sunt reunite sintetic şi firesc, ca în viaţa de zi cu zi a oricui. Lucrurile şi cuvintele se reliefează prin concreteţea lor manipulabilă de obiecte ce se află la dispoziţie, fără a mai trimite la orizonturile lor de semnificaţie. Pacientul se poate juca cu cuvintele ca şi cu o bilă. El operează cu greu generalizarea, descoperirea de înţelesuri implicite, ca de exemplu în proverbe. Totul se înfăţişează într-o concreteţe absolută. Gândirea poate fi săracă, ideaţia redusă. Pe de altă parte, se manifestă o tendinţă vagă spre abstracţii şi generalităţi goale. Pacientul poate fi fascinat de tema filozofiei.

- Cât priveşte cea de-a treia arie simptomatologică menţionată, cea a dezorganizării, cum se manifestă ea?

- Dezorganizarea psihică, care reia ideea lui Bleuler privitoare la fragmentarea psihismului, la “schizis”, e comentată mai ales din perspectiva felului cum vorbeşte şi se exprimă subiectul. Dar vorbirea nu se poate reduce la actul comunicaţional, deoarece ea foloseşte limbajul natural, care e o realitate extrem de complexă ce se bazează pe gramatică, pe semnificaţia expresiilor, dar şi pe logică. Preocuparea faţă de generalităţile abstracte, ce a fost deja invocată, e solidară cu disociaţia. De la acest nivel, ceva mai simplu e dacă lucrurile se prezintă în două secvenţe: cea a dezorganizării la nivelul transmiterii de informaţii şi cea de la nivelul logico-semantic.

Dacă ne referim nu la limbajul colocvial zilnic sau la dialog, ci la o situaţie standard a unei formulări lingvistice discursive prin care se transmite un mesaj, acest comportament are structura unui act pragmatic, ce se desfăşoară în timp. Act ce trebuie elaborat, iniţiat, derulat într-o succesiune determinată de etape succesive până la finalizare. Tulburarea schizofrenă relaxează coerenţa sa, centrarea pe obiectivul de realizat. Un prim aspect constă în stereotipii, adică repetarea fără motiv, inutilă, a unui cuvânt sau a unei expresii. Apoi apare manierismul, ce constă într-o vorbire hiperelaborată, cu multe formule introductive şi de politeţe, paranteze, elemente de legătură, interpretări, preţiozităţi, aspectul formal dominând asupra continutului semnificant.Subiectul foloseşte multe cuvinte, fără a spune aproape nimic. El poate formula, de exemplu:

„Vă rog să mă scuzaţi că mă adresez solicitând bunăvoinţa de a fi ascultat într-o problemă importantă căci dacă sunt ascultat atunci se va putea trage o concluzie oricum fie că vă daţi seama sau nu de intenţia mea, pentru că trebuie să vorbim şi de aceasta, vă veţi convinge desigur dacă răbdarea va permite însă înainte de a….”

Perseverarea constă în menţinerea aceleaşi teme, reluată mereu cu alte exprimări, intoxicând procesul informativ. Relaxarea orientării spre concluzie continuă prin vorbirea circumstanţială, cu multe paranteze inutile.

Apoi, deraierea, în sensul că obiectivul comunicaţional se pierde, trecându-se la alte teme, alunecând tot mai departe de intenţia iniţială. În sfârşit se menţionează incoerenţa, în care nici conţinutul unei propoziţii nu mai poate fi înţeles. Dar la acest nivel se cumulează şi aspecte de dezorganizare logico-semantică şi gramaticală. Uneori stilul comunicaţional devine eliptic prin înşirarea unor cuvinte izolate, fără legătura între ele. Sau expresia e vagă, răspunsul tangenţial, aluziv.

- Este evident că un asemenea stil de vorbire nu poate fi folosit într-o campanie electorală. El nu e funcţional nici în purtarea unui dialog. Şi, desigur că textele compuse de schizofrenii dezorganizaţi sunt şi ele ciudate.

- Ceea ce domină într-un astfel de text e dezordinea. Acum, nu e vorba doar de relaxarea coerenţei centrale a câmpului comunicativ care face ca transmiterea informaţiei să progreseze lent sau direcţia drumului să se piardă. Într-o pagină se pot găsi cuvinte scrise cu diverse caractere şi mărimi în mai multe direcţii; uneori expresii izolate, desene, figuri geometrice sau semne de neînţeles, expresii din mai multe limbi. Psihismul dezorganizat al schizofrenului a fost comparat cu o orchestră fără dirijor sau cu o clădire prăbuşită de un cutremur, în moloz găsindu-se obiecte din diverse încăperi.

- Acestea sunt trimiteri metaforice. Modele de tip ştiinţific nu s-au elaborat şi privitor la procesul dezorganizării?

- Deşi fenomenul este extrem de complex, unele aspecte par a fi încadrate în ultimul timp în cercetări cognitiviste de studiere a prelucrării informaţiei şi se bazează pe modele. Clasic e modelul filtrului informativ perceptiv care trimite la ideea că, deja la nivelul receptării informaţiilor, se realizează în mod spontan o ierarhizare a lor, mai mult sau mai puţin importantă, în funcţie de intenţia subiectului.

Dacă filtrul nu funcţionează, individul e bombardat haotic cu informaţie nestructurată, ceea ce favorizează deazordinea informativă. La fel s-ar întâmpla în cazul în care presiunea informaţiilor e mult mai mare decât capacitatea de prelucrare. De reţinut că un astfel de filtru informaţional e de avut în vedere nu doar la nivelul receptării informaţiilor din exterior, ci şi al celor din memorie. Precum şi al informaţiilor inverse, privitoare la evaluarea desfăşurării unui act cu scop, fapt ce s-ar aplica şi vorbirii cu intenţie comunicativă.

În raport cu aceste modelări tradiţionale, mai nou s-a studiat metodic, iniţial la autişti, ceea ce se numeşte deficitul de coerenţă centrală. E vorba de o funcţie psihică ce asigură perceperea ansamblurilor structurate, ce se detaşează pe un fundal. Prin această funcţie, părţile şi detaliile sunt integrate într-un întreg semnificant, de exemplu faţa mamei pentru sugar. Iar aceasta se detaşează pe un fundal, dar cu posibilitatea recontextualizării. Deficitul funcţiei coerenţei centrale face ca autiştii să fie atenţi la detalii, neputând percepe clar conturul şi structura dinamică a feţei mamei. Consecutiv apar intoleranţa la schimbare, stereotipiile şi perseverenţa. Funcţia coerenţei centrale reia o idee a psihologiei configuraţioniste din sec. XX, care acordă importanţă crescută perceperii ansamblurilor. De exemplu în cazul unei melodii perceperea configuraţiei acesteia controlează secvenţele ce se derulează. Deficitul acestei funcţii a coerenţei centrale s-ar putea manifesta însă nu doar la nivelul percepţiei, ci şi la cel al funcţiilor executive. Adică la planificarea şi executarea unui act. Vorbirea ce transmite un mesaj ajunge să aibă o structură relaxată şi inconsistentă. Probabil că datorită unei astfel de deficienţe, ea este, în schizofrenie marcată de stereotipii şi perseverenţe şi ajunge să deraieze.

- Dar un astfel de deficit al coerenţei centrale nu se manifestă şi în restul comportamentelor schizofrenilor?

- Problema e că schizofrenii nu sunt centraţi pe comportamente, nu sunt preocupaţi de acţiune, sunt deficitari în acest domeniu, accentul fiind pus pe vorbire şi gândire, arie în care se şi întâlnesc simptomele specifice ale tulburării. Acţiunea este în centrul interesului obsesivilor, care într-adevăr manifestă în această direcţie tulburări ce ar putea fi comentate ca o relaxare a coerenţei câmpului acţiunii. S-ar putea, pentru comparare, comenta felul în care un obsesiv ar redacta un referat, un eseu. El va începe de nenumărate ori să scrie eseul, părăsindu-l şi apoi reluându-l. Apoi îşi va face proiecte alternative multiple şi îşi va organiza minuţios munca de redactare. Textul va fi marcat de nenumărate trimiteri laterale, note, comentarii. Progresia e lentă, cu verificări permanente, corecturi, refaceri. Îi este dificil să ajungă la final. Şi dacă efectiv termină, e nemulţumit, e nesigur dacă textul e bun sau nu. Iar ultima variantă o va stabili cu greutate. Sau niciodată.

Dar a rămas necomentată dezorganizarea în plan logico-semantic. Legăturile dintre semnificant-cuvânt, imagine iconică şi semnificaţia la care ele trimit, toate se detaşează unele de altele. Semnificantul apare ca atare, un obiect ce nu mai trimite la generalitatea semnificaţiei şi pe care subiectul îl poate manipula, cu care se poate juca, la fel ca şi cu mingea sau cuburile colorate. Pe de altă parte, generalităţile capătă o individuaţie vagă, dar persistentă. Cuvinte ca “adevărul”, “eternitatea”, “binele”,”cosmosul”, pot fascina subiectul, ca entităţi reale, care-l preocupă ca atare, în afara oricărui context discursiv. Dezorganizarea face să explodeze firescul manifestărilor lingvistice uzuale. Cuvintele plurisemantice pot fi utilizate cu semnificaţii neuzuale sau altele decât contextul o cere. Sau, unele cuvinte sunt descompuse în fragmente cărora li se dă un nou înţeles şi sunt cuprinse

în construcţii lingvistice bizare. Schizofrenul poate inventa cuvinte, expresii şi imagini iconice pe care le investeşte cu semnificaţii particulare idiosincrazice, cu neologisme, ce au un înţeles doar pentru el.

- (Vasile). Această nebunie dezorganizantă în planul semnificaţiei cuvintelor pare a avea o vagă asemănare cu opera poeţilor, care supune şi ea la tensiune limbajul semnificant. Pe care însă nu îl lasă să se dilueze şi să se împrăştie în haos. Ci, prin jocul fertil al formulărilor şi figurilor de stil, ne provoacă şi ne induce stări contemplativ meditative, care ne transpun în înalturile spiritualităţii. Oricum, şi aceşti aleşi ai muzelor care sunt poeţii ies din banalitatea limbajului cotidian şi forţează universul sensurilor.Dar înălţându-ne deasupra construcţiilor uzuale; şi nu prăbuşindu-ne în haos.

Ei
au
gr

pr
pa
a
de
El

Chenar 35

Despre figurile de stil

În retorica veche, vorbirea frumoasă denumită “ars bene dicendi”, în opoziţie cu “scientia recte loguendi” (Quintilian), făcea apel la figurile de stil, ca la un fel de abatere de la vorbirea uzuală. Deşi majoritatea acestor figuri se găsesc în limbajul cel mai comun. Astfel, unele verbe se folosesc ca personificări (“rugina mănâncă fierul”); elipsa este zilnic folosită (“roşii” în loc de pătlăgele roşii, “scrieţi pe curat” – în loc de “pe caietul curat”); se foloseşte apoi catareza (“broasca uşii”), hipologa (“soarele răsare”), pentru a nu mai vorbi de epitet, opoziţie ş.a.m.d. Cuvintele, unităţi elementare, concrete ale vorbirii, nu sunt nişte semne algebrice; ci unităţi care conservă în structura lor semantică ecoul tuturor propoziţiilor ce le-au generat....Cuvântul autosemantic este prin definiţie un depozit de imagini latente care nu aşteaptă decât norocoasa integrare într-un inedit sintagmatic care să-i activeze sensurile....Sinonimia lexicală noţională oferă vorbitorului comun posibilitatea substituirii unor cuvinte cu altele, mai mult din nevoia de confort lexical....Sinonimia estetică e o tehnică folosită de scriitori, în special de poeţi, care urmăresc să realizeze arta cuvântului...Regula integrării limbajului poetic în unitatea comunicării este numită în tratatele greceşti “prepon”. Prepon este virtutea de a se subordona armonic întregului. De vreme ce vorbirea sau discursul este, pe de o parte, o operă de artă, iar pe de altă parte un fapt social, se poate distinge preponul în două direcţii – o operei de artă şi a vorbirii sociale.

Gh.Dragomirescu, Mică Enciclopedie a figurilor de stil, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică Română, 1975

Dar de obicei, rămâne totuşi lucid, reflexiv şi preocupat de abstracţii. E interesant că, odată cu dezorganizarea ideo-verbală a schizofrenului, a ajuns să fie invocat şi universal special al poeziei, care ocupă un loc aparte în viaţa spirituală a oamenilor. Poezia e distinctă nu doar de vorbirea colocvială, ci şi de discursul retoric, de naraţiunea romanescă sau de expunerea unei teorii ştiinţifice.

- (Vasile) Evocarea poeziei îşi are rost în marginea incoerenţei vorbirii schizofrene, deoarece şi coerenţa ei e relativ laxă din perspectiva prozodiei. Mesajul poeziei nu e susţinut de o ţintă comunicaţională precisă şi nici de o naraţiune cu întâmplări şi caractere. Iar figurile de stil abundă, relaxând univocitatea şi delimitarea contextual pragmatică a semnificaţiei cuvintelor şi expresiilor. Şi totuşi, orice poezie adevărată are o coerenţă evidentă. Cuvintele şi textul gravitează în jurul unui câmp magic al "suflului", al "sufletului" poeziei. De fapt, adresanţa propriu-zisă nu lipseşte. Ea e doar mai particulară sau indirectă. De exemplu, în cazul unei ode sau al unui imn închinat divinităţii, i se pot aduce omagii zeului. Acesta poate fi invocat prin atributele sale, poate fi rugat, implorat, i te poţi destăinui, îi poţi aduce reproşuri, îi poţi arăta admiraţie sau închina osanale. Dar nu numai zeului. Pindar scria ode de laudă câştigătorilor la olimpiade, neuitându-i însă pe zei. Se constituie astfel un context aparte în care se încadrează suita de cuvinte, deseori ordonate de reguli ritmice şi de o anumită metrică, de rime. La fel e dacă ne referim la poezia lirică sau la cea de dragoste, în care e invocată iubita; şi unde poate interveni şi muzica. Sau, eventual, la un gen în care poetul meditează melancolic pe marginea curgerii vieţii. Alteori, el poate invoca frumuseţea naturii şi sentimentul de transcendenţă contemplativă pe care aceasta îl induce.

Aspectul tematic, informaţional, e totuşi restrâns în poezie. Coerenţa ei se reorganizează în jurul unui “câmp” semnificant special, ce invocă o “atmosferă” afectivă, totul structurat printr-o rostire specială, printr-un anumit aranjament al cuvintelor. Dacă dispare acea structură de fundal, invizibilă pentru privirea prozodică şi pentru regulile logico gramaticale, cuvintele colapsează într-o colecţie stranie, într-un morman de vorbe al căror sens cu greu îl putem sesiza. Uneori vorbirea schizofrenului poate apărea ca o grămadă de obiecte pe care le ştim că au aparţinut unui muzeu ce reunea variate opere de artă. Edificiu care ar fi putut fi poate cel al unui poem. Dar care nu se mai leagă pentru a se constitui într-un microcosmos familial şi accesibil.

- Trimiterea la poezie îndepărtează stilul lingvistico literar al schizofrenilor de cel romanesc. Romanul e poate mai apropiat de problematica delirantului, care e fascinat de o temă aberantă privitoare la destinul său, la poziţionarea sa printre oameni şi în raport cu sine. Dragostea şi persecuţia, dispreţul altora şi chinul bolii, problema descendenţei şi a vinovăţiei, toate pot fi transpuse în cosmicitatea narativităţii. Cât priveşte parcela celor din spectrul autist, ea se întinde în zona elaborării de referate ştiinţifice bine documentate şi sistematizate, destinate publicării şi lecturii. Dar nici într-un caz expunerii publice, într-un spaţiu eventual colocvial, aşa cum se întâmplă în workshop-uri. Această arie ocupată de autişti nu e departe de cea a matematicienilor, mai ales în direcţia efectuării calculului şi operaţiunilor aritmetice efective. Şi care ajută mult ingineria. Departe de dialog, ocolind disputele publice şi politice, bunul autist se poate dedica construcţiilor. La acest nivel el se întâlneşte uneori cu obsesivul, om prin excelenţă muncitor, preocupat de ordine şi eficienţă, conştiincios şi scrupulos. Care e şi el chinuit uneori de matematică, de obsesii numerice.

- Poeţii ocupă în societate alt loc decât politicienii ce caută să câştige încrederea cetăţenilor, decât cronicarii, biografii sau romancierii, capabili de ficţiune, din al căror univers ne împărtăşim cu uşurinţă. Ei sunt plasaţi în alt sector şi faţă de oamenii de ştiinţă şi faţă de matematicieni. Uneori s-a făcut aluzie la apropierea lor de filosofi. Un mare gânditor al sec. XX, Heidegger, şi-a dedicat mare parte din operă interpretării hermeneutice a unor poeţi ca Hölderlin sau Rilke. Se pare că unii schizofreni lucizi, ce sunt preocupaţi de abstracţii, resimt şi atracţie spre filosofie.

- Adică, spre un pol al vieţii spirituale în care oameni de excepţie se preocupă cu speculaţia asupra fundamentelor. La fel ca peste tot în psihopatologie, tot ce ni se relevă prin acest experiment natural, e o indicaţie că în existenţa umană se afla un domeniu fertil care se ocupă de problema respectivă. Filosofia a fost, în cultura occidentală, o preocupare destul de constantă în ultimii 2500 ani, în paralel cu metamorfozele tehnice şi reflexive ale instanţei logosului, care dimensionează axial umanul şi devenirea sa. Limbajul uman natural implică nu doar narativitatea, expresiile şi figurile de stil poetice, ci şi abstracţiile logicii şi ontologiei. Cuvintele sunt concepte potenţiale. Expresia “a fi” o folosim, fiecare din noi, de milioane de ani în cursul vieţii. Ori, în jurul acestui concept s-a ţesut întreaga ontologie, de la presocratici şi Aristotel până la Heidegger. Desigur, împreună cu alte cuvinte şi concepte corelate aşa cum ar fi: nimicul, haosul, potenţa, esenţa, devenirea ş.a.m.d. La fel, întreaga logică ce e comentată, de la Organonul lui Aristotel şi până în zilele noastre, e implicat prezent în limbajul natural şi o folosim zi de zi, prin funcţionarea logică a afirmaţiei şi negaţiei, contradicţiei, conjuncţiei, disjuncţiei, implicaţiei etc. Toate figurile silogismelor pe care le-am rafinat şi exersat ulterior scolasticii, tot ceea ce au adus în scenă provocator scepticii, întreaga contribuţie în logică a stoicilor,

sunt ascunse în limbaj. Apoi, cuvintele, substantivele mai ales, au potenţialul unor concepte logice. Pornind de aici a apărut în Europa în Secolul Luminilor ideea unor „adevăruri analitice” ce derivă din analiza conceptuală şi se opun astfel adevărurilor empirice, corelate cu sinteza experienţei mundane. În continuare se adaugă teribila problemă a categoriilor, despre care Aristotel spunea de la început că se află în egală măsură in cele spuse prin cuvinte şi in realitatea ce sta în spatele acestora. Categorii care de-a lungul timpului nu au încetat să se diversifice, ajungându-se la supracategorii de tipul Unului, Eternităţii; şi la categoriile regionale ale diverselor ştiinţe. Iar neologismele, pe care schizofrenii le construiesc absurd şi bizar, s-au impus mereu în istoria culturii ca şi cuvinte cheie, ca stindarde spirituale pentru noi epoci. Europa a adus în prim plan conceptul de conştiinţă subiectivă, a dat noi semnificaţii noţiunilor de persoană şi raţiune, a inventat evoluţionismul, a pus la lucru nimicul pe care l-a utilizat prin cifra zero, a utilizat în practică numerele iraţionale.

O lungă istorie a rostului filosofiei în cultură, a manifestării sale explicite, pornind de la misterioasele adâncimi implicite pe care limbajul le conţine, a făcut posibil să trăim într-o umanitate în care preocuparea faţă de filosofie să aibă rost, să fie înscrisă în constituţia bio-psiho-antropologică a omului.A individului uman a carui creier foloseste limbajul suprapersonal si s-a rodat prin zece mii de ani de cultura si peste 2000 ani de filozofie. Astfel încât, până şi psihopatologia, prin ipostaze schizofrene, să amintească de “preocupări filosofice”.

- Dar preocuparea autiştilor pentru calculul matematic şi a obsesivilor pentru numere magice?

- Acestea sunt probabil un fenomen până la un punct similar, dar nu identic. Matematicile s-au dovedit o realitate prezentă nu doar în om, ci şi

în natură, în universul fizic. Ştiinţele matematice s-au dezvoltat si functioneaza într-o zonă distinctă de cea a limbajului articulat, a logosului. O zonă poate mai de profunzime, care o precede ontologic şi o face posibilă. Plantele, realizându-şi forma matură şi înmulţindu-se, implică, utilizează şi pun in în joc evident, o complexă operaţionalitate matematică. Şi la fel cosmosul întreg, aşa cum ni-l imaginăm azi, explodând prin Bing Bang. Limbajul grecesc, prefilosofic şi filosofic, spune clar că ma-tematica e ceva de dinaintea „tematicului" a temelor ce povestesc discursiv. Ceea ce stă în spatele lor şi le întemeiază. Acest sens s-a păstrat până în vremea lui Kant, care împărţea categoriile în ma-tematice, adică cantitative şi dinamice. Cât despre logos, el e în primul rând o dimensiune antropologică. Tendinta lui Heraclit, şi a lui Hegel de a impune logosul peste întreaga lume, reprezintă desigur o provocare filozofică ultimă. Dar la nivel uman, logosul ne e ceva familiar.

- (Profesorul P) Dacă matematicile sugerează cosmosul întreg, extazul îl priveşte direct pe om, în relaţia sa specială cu Dumnezeu. Tema extazului nu poate fi ocolită, deoarece face parte dintr-o clasă de trăiri pe care omul le-a practicat de mii de ani în ritualul de invocare sacrală. Iar apoi în rugăciuni. De altfel, orice stare contemplativă e o trăire diferită de raportarea practică la lume. Şi la fel, stările de inspiraţie. Golul sufletesc şi plictisul călugărilor în după-amiezile de duminică au multe asemănări cu sindromul de depersonalizare.

- (Alexandru) Şi în psihopatologie au fost identificate de către clinicieni trăiri de tip extatic, diferite de stările maniacale. Psihiatrul Leonhard a încercat să delimiteze o psihoză în care extazul psihopatologic se polariza cu anxietatea. Modelul e probabil înscris în funcţionarea creierului,

de vreme ce s-au sintetizat droguri care induc astfel de stări, aşa cum e mai nou tableta de ecstasy.

- Invocarea relaţiei omului cu Dumnezeu e încărcată de gravitate, deoarece ea implică creaţia. Dar dacă creaţia arhetipală e atribuită acestuia, ea nu poate fi exclusă din lotul omului. Desigur, creaţia artistică în primul rând, pentru care încă Platon invoca o relaţie cu zeul; la fel ca în dragoste şi în prevederea viitorului. Dar creaţia umană nu se cere cantonată doar la nivelul marilor artişti, inventatorilor şi al celor deosebit de talentaţi. Trebuie acceptat un aspect creator sintetic, prezent în actele cele mai obişnuite. Orice situaţie problematică pretinde o soluţie, intuirea unei rezolvări, obţinerea unui rezultat concluziv. În practica de zi cu zi ne confruntăm cu nenumărate situaţii noi cărora le facem faţă. Orice sinteză, oricât de mică, reuneşte multiplul cu diversul în unitatea sintetică a ceva determinat.

- Dar manifestări aşa de ciudate şi complexe cum sunt cele din schizofrenie, e greu de închipuit că ar putea fi doar expresia unor tulburări circumstanţiale. Creaţia şi extazul cuprind ce e mai adânc şi central în persoana umană valorică, ating marginile nivelului formal al acesteia.

- Desigur, schizofrenie a fost etichetată de la început ca o tulburare a întregii personalităţi, a structurii sale caracteriale, de fond, sau identitar biografice cum s-ar spune azi.În cursul sec.XX s-a făcut de la un moment dat şi o distincţie considerându-se separat tulburările „schizofreniforme”, la care manifestările pozitive şi chiar de tip dezorganizat apar rapid şi zgomotos, uneori favorizate de anumite circumstanţe. Tulburările deficitare însă – şi în mare măsură şi cele dezorganizante de fond, au fost considerate ca ţinând de fundalul structural al psihismului. Dacă s-ar face o comparaţie cu un arbore, persoana, întruchipată în întreaga maiestate a acestuia, în schizofrenie e

afectat chiar trunchiul şi rădăcinile acestuia; şi nu doar ramurile ce se află în bătaia vântului. (7)

Dar, comparaţiile şi metaforele sunt utile doar până la un punct. Ceea ce ne aduce în faţă această tulburare aparte, este tocmai afectarea capacităţii formale de sinteză a omului, cea prin care multiplul şi diversul sunt reunite într-o unitate, semnificativă sau utilă. Tensiunea creativă şi a extazului mistic sunt momente de excepţie. In schimb, e minunat să ai bogăţia infinită a omului obişnuit. Să te înscrii, aşa cum ziceau romanii în „aureas mediocritas”.

Fişe pentru un referat pe tema: Asemănări şi diferenţe între autism, obsesionalitate şi schizofrenia deficitar dezorganizantă (def.dez.)

Diferenţe condiţionate de aspectele specifice

Autism	Obsesionalitate	Schizo. def. dez.
Nedezvoltarea relaţionării nonverbale şi verbale, interese reduse, mişcări stereotipe, intoleranţă la schimbare, constructivism, sistematizare, abilităţi de calcul matematic	Preocupare crescută faţă de activitate (muncă), ordine, delimitare, controlul situaţiilor, trăiri repetitive egodistone, obsesiv compulsive îndoială, nehotărâre, verificări, perfecţionism	Anafectivitate, abulie, depersonalizare hiperreflexivă (gol interior, pierderea limitelor, împrăştiere) Expresivitate şi comportament bizar, decontextualizant Incoerenţă ideo-verbală, tulburări logico-semantice, preocupări abstracte

Asemănări între autism, obsesionalitate şi schizofrenia def dez.

- Deficit de comunicare interpersonală (predominant intimă), de ataşament, empatie; răceală şi distanţă afectivă faţă de alţii;

- Repetiţii de tip stereotip (comportamentale, expresive, ideoverbale), cu tendinţă la autocontrol hiperreflexiv;

- Atenţie exagerată pentru detalii, deficit de configurare a ansamblului, rezistenţă la schimbare;

- Probleme corelative cuplului ordine/dezordine (ordinii spaţiale, în comportament, vorbirea comunicativă, gândire logico-semantică);

- Problematizarea limitelor, crispare pe limite, anularea limitelor cu dezorganizare;

- Problematizarea matematică;

- Luciditate hiperreflexivă.

Asemănările şi diferenţele între aceste categorii pot fi abordate şi mai detaliat. Câteva exemple pot fi :

a) Asemănări şi diferenţe între autism şi obsesionalitate

- Preocuparea faţă de detalii: - autistul reacţionează la stimuli minori mai puternic decât la cei intenşi;

- Obsesivul e preocupat de detalii în percepţie şi acţiune, fapt ce stă în spatele lentorii acţiunilor banale (unele cazuri); a devierii comportamentului şi realizarii sale prin ocolişuri; a scrupulozităţii morale, cu autoanaliză ruminativă; -a perfecţionismului; - la testul Rorschach, obsesivii dau multe răspunsuri “detaliu mic”;

- Dificultatea de configurare a ansamblurilor: - la autist se relevă prin testele ce indică deficitul coerenţei centrale; - în obsesionalitate se evidenţiază prin dificultatea configurării ansamblului acţiunii cu scop, de la decizie la finalizare;

- Rezistenţa la schimbare, perseverenţa; - autistul reacţionează prin agitaţie la schimbarea ordinii obiectelor din jur; - obsesivul e tradiţionalist, acceptă cu precauţie noutăţile, pregătindu-se îndelung pentru a le recepta, insistă şi persistă, perseverând pe o temă sau un obiectiv, pe care le reia cu obstinaţie şi încăpăţânare; e lipsit de spontaneitate şi intuiţie, trebuie să delibereze îndelung pentru a elabora un răspuns verbal sau comportamental.

- Stereotipiile: - autiştii manifestă mişcări repetitive netranzitive, uneori ceremonialuri: - obsesivii, pe lângă mişcările compulsive repetitive corelate obsesiilor, pot prezenta ritualuri şi ceremonialuri pe care le execută imperativ şi egodiston, cu valoare “magică”, antianxiogena, de asigurare.

- Matematica : - autistul prezintă deseori capacităţi deosebite de calcul matematic. Obsesivitatea este singura stare psihopatologică ce manifestă o preocupare anormală faţă de numere: aritmomania, considerarea unor numere faste şi nefaste, implicarea unor numere şi calcule fixe în ritualuri şi ceremonialuri; preocuparea faţă de ordine a obsesivului exprimă o fixare pe aspectul geometric al ambianţei.

- Comunicarea interpersonală: - în autism, acesta e deficitul esenţial al tulburării; - în obsesionalitate, comunicarea expresivă interpersonală e restrictivă; celălalt e ţinut la distanţă faţă de intimitatea afectivă a subiectului.

Capacitatea de ataşament şi rezonare afectivă a autistului nu se dezvoltă global. În obsesionalitate ea este restrictivă.

Elementele de asemănare menţionate se regăsesc şi în schizo def dez. În catatonie, stereotipiile motorii sunt caracteristice pentru starea de agitaţie, iar cele de postură în inhibiţie; stereotipiile se manifestă şi în plan ideo-verbal, în vorbire, în textul scris şi prin expresii grafice. Hiperelaborarea şi parantezele de tipul circumstanţialităţii se întâlnesc şi în vorbirea dezorganizată a schizofrenului, în care însă tulburarea e marcată şi de pierderea obiectului şi tulburările logico- semantice. Deficienţa de configurare a ansamblului apare ca majoră în incoerenţa ideo-verbală. Preocupările matematice, numerice şi de simetrie geometrică apar şi în cazurile intermediare dintre obsesionalitate şi schizofrenie. Autocontrolul şi autoanaliza din obsesionalitate se manifestă mai accentuat în hiperreflexia din schizo def dez.

Asemănări între obsesionalitate şi schizofrenia def dez

Deoarece obsesionalitatea se manifestă predominant în aria acţiunii şi ordinii pe care o manifestă o persoană activă, iar schizofrenia în cea a manifestărilor ideo-verbale corelate cu abstracţia depersonalizării, asemănările pot fi urmărite mai ales în formele grave de obsesionalitate, comentate în cadrul psihasteniei lui Janet, care sunt marcate şi de depersonalizare.

Obsesionalitatea accentuată de tip psihasten se caracterizează prin : - nehotărâre marcată de ambivalenţă şi ambitendenţă; - ruminaţii asupra unor proiecte abstracte cu dificultatea trecerii la act; - începuturi repetate de acţiune fără finalizare; - devieri frecvente de la proiectul iniţial, deseori urmate de părăsirea acestuia; - apragmatism, nefinalizare, abulie; - ruminaţii pe teme abstracte cu autoanalize interminabile; - trăiri depersonalizante cu sentiment de vid interior şi pierderea limitelor.

Acest model comportamental cu tendinţă spre dezorganizare poate fi considerat similar cu limbajul din schizofrenia dezorganizantă (şi din schizotipie), marcat de: hiperelaborare, deviaţii circumstanţiale, manierism cu exces de cuvinte inutile şi conţinut informaţional redus, perseverare; stereotipiile din limbaj şi expresie se pot

apropia de compulsii, ritualuri şi ceremonialuri; trăirile magice din obsesionalitatea gravă pot fi apropiate de cele din schizotipie.

Trăiri depersonalizante se întâlnesc şi în obsesionalitatea gravă, cu sentiment de vid interior, devitalizare, sentiment de perturbare a limitelor corporale, anafectivitate.

Autoanaliza şi autocontrolul obsesiv, parţial exprimat prin verificări, dar şi prin ruminaţie, exprimă o autoreflexie, care e constatată şi în schizo def (şi comentată tot mai mult în prezent).

În acelaşi sens pot fi analizate şi asemănările între autism şi schizofrenia deficitar dezaorganizantă; precum şi diferenţele dintre toate aceste categorii clinice.

Capitolul VII Note şi Bibliografie

1. Dialogul a început să fie în atenţia psihopatologilor după ce Teoria Minţii (Theory of Mind – ToM) a devenit obiectul unor studii lărgite, incluzând şi schizofrenia. Testele evaluative cu care ToM a fost studiată la copii nu mai avea suficientă semnificaţie la adulţi. În plus a apărut problema intuirii gândirii celuilalt în cadrul interacţiunilor directe; deci în dialog. În această direcţie au dezvoltat studii Frith şi Corcoran.

91. Corcoran R. (1993), Theory of Mind in other clinical conditions: is a selective "theory of mind" deficit exclusive to autism?, in Baron Cohen S. et all.

92. Lăzărescu M. (2011), "Teoria minţii şi psihopatologia", în Revista Română de Psihiatrie, vol.XIII, 1, 1-6.

Problema dialogului este amplă şi se întinde de la logică – logica dialogului a lui Grice - la ampla problematică a neoretoricii. Ea interesează, progresiv tot mai mult, psihopatologia în perspectiva "memelor".

2. Studiul autismului a luat o amploare exponenţială în ultima perioadă, în acest domeniu existând nenumărate proiecte de cercetare, dintre care unele privesc antropologia generală, psihologia evoluţionistă şi psihosociologia. Menţionăm dintre ele:

93. Baron-Cohen S. (1997), Mind – blindness. An Esay on Autism and Theory of Mind, MIT Press, London

94. Baron-Cohen S., Targer-Flusberg H., Cohen D. (2005), Understanding other minds: perspectives for autism, Oxford University Press

95. Amarel D.G., Dawson G., Geschwind D.H. (Eds) (2012) Autism Spectrum Disorders, Oxford University Press

3. Indicaţii bibliografice de ordin general privitor la schizofrenie:

96. McKenna (2007), Schizophrenia and related Syndromes, Routledge London and New York

97. Liberman J.A., Stroup T.S., Perkins D.O. (2008), Textbook of Schizophrenia, Publishing, Washington DC, London, England

98. Tsuang M.T., Faraone St.V., Glatt St.J. (2011), Schizophrenia, Oxford University Press

99.Ritsner M.S. (ed) (2011), Handbool of Schizophrenia Spectrum Disorders, Springer

100. Ienciu M., Romoşan F., Lăzărescu M (Eds) (2012), Schizofrenia şi tulburările de spectru, Ed.Brumar, Timişoara

101.Minkowski E. (1999), Schizofrenia, Ed.IRI, Bucureşti

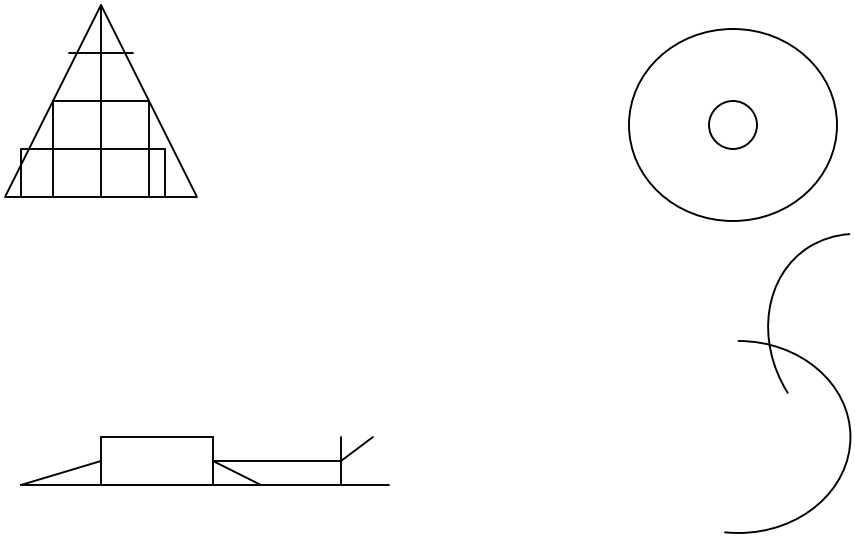
4. Abordarea dezorganizării limbajului schizofren după modelul comunicării structurate a unui mesaj, permite un prim nivel de analiză, înaintea celui logico semantic, prin referinţa la funcţiile executive. Acestea se referă la : capacitatea de a iniţia comportamente orientare spre scop; a planifica şi organiza atingerea scopului prin etape successive; a menţine atenţia aupra scopului cu flexibilitate pentru informaţiile contextuale şi reorganizarea strategiei; a coordona comportamentul printr-o continuă

informaţie asupra defăşurării sale în context şi informaţii feed back, care evaluează etapele parcurse; îndepărtarea tendinţelor deviante; o evaluare a finalizării obiectivului şi consecinţelor sale. O acţiunea astfel concepută şi coorodnată se desfăşoară între polul intenţional al subiectului şi polul obiectiului, printr-o ordonare ierarhică a problemelor. Acesta este modelul rezolvării oricărei probleme, teoretice sau practice. Deficienţa funcţiei executive se evidenţiază în psihopatologie cel mai pregnant în comportamentul persoanei obsesive; dar ea e în egală măsură vizibilă în limbajul comunicant. In cadrul dezorganizării schizofrene a vorbirii pot fi interpretate prin această deficienţă: stereotipiile, hiperelaborarea, perseverarea, circumstanţialitatea, deraierea. Felul în care perturbarea funcţiei executive se manifestă în patologia obsesivă e comentat şi în alte capitole ale cărţii. Pentru schizofrenie însă aspectul esenţial al patologiei se manifestă în plan logico semantic. Iar dez-organizarea cuprinde întreaga structură a persoanei identitare.

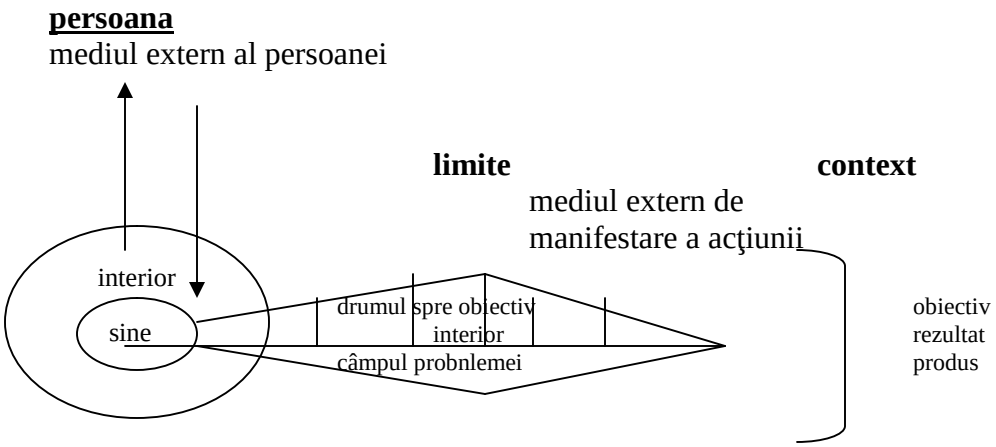
E posibilă şi - şi poate fi fructuoasă – invocarea pe marginea funcţiei executive a unei metafore, cea a drumului. Cine pleacă la un drum cunoaşte destinaţia, direcţia, reperele, se poate folosi de o hartă, îşi programează opririle, se informează pe parcurs. Dar el poate pierde direcţia, poate face ocolişuri sau zăbovi mai mult în unele locuri, se poate întoarce din drum şi reveni, se poate rătăci, poate renunţă la destinaţie de bună sau silit. O altă metaforă ce ar putea fi utilă în acest context ar fi cea a “câmpului” în sens de camp magnetic sau gravitaţional. Câmp care menţine o structură coerentă în jurul unui centru. Dacă considerăm la un capăt motivaţia subiectului iar la celălalt capăt puterea atractivă a destinaţiei, s-ar configura un câmp special şi mobil pentru întreaga acţiune. Şi care are un centru mobil, ce se deplasează spre final. Dacă acest centru se relaxează şi coeziunea scade, elementele se pot dispersa iar acţiunea colapsează.

Chenar 36

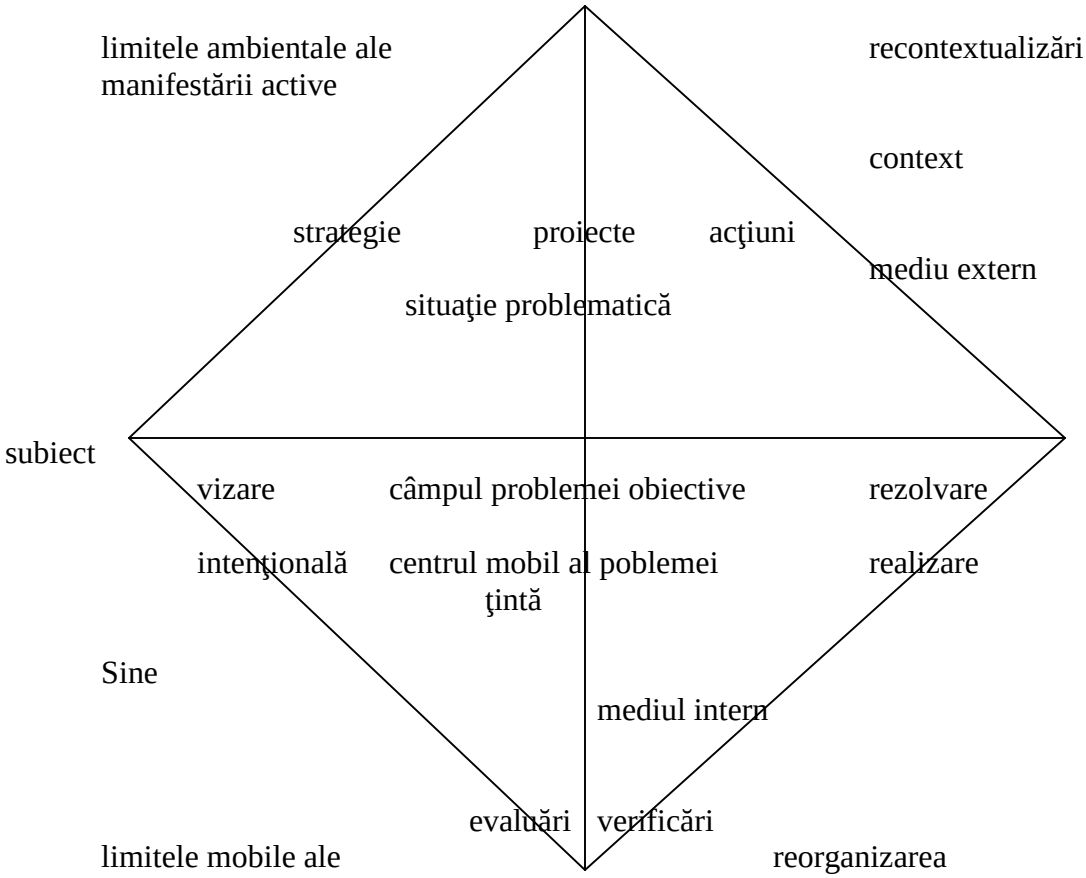
Deficienţa structurii arhitectonice şi de câmp în psihopatologie



Chenar 37

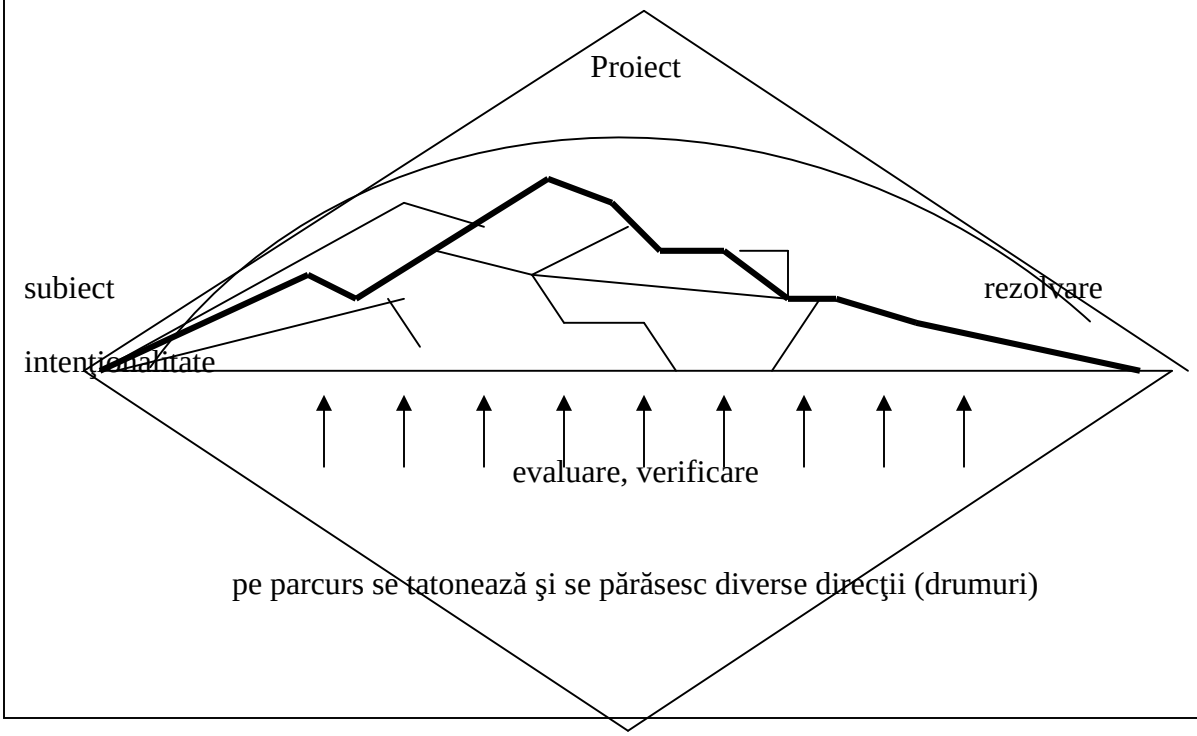


Câmpul problemei care organizează limitele, cursul şi structura rezolvării unei situaţii problematice



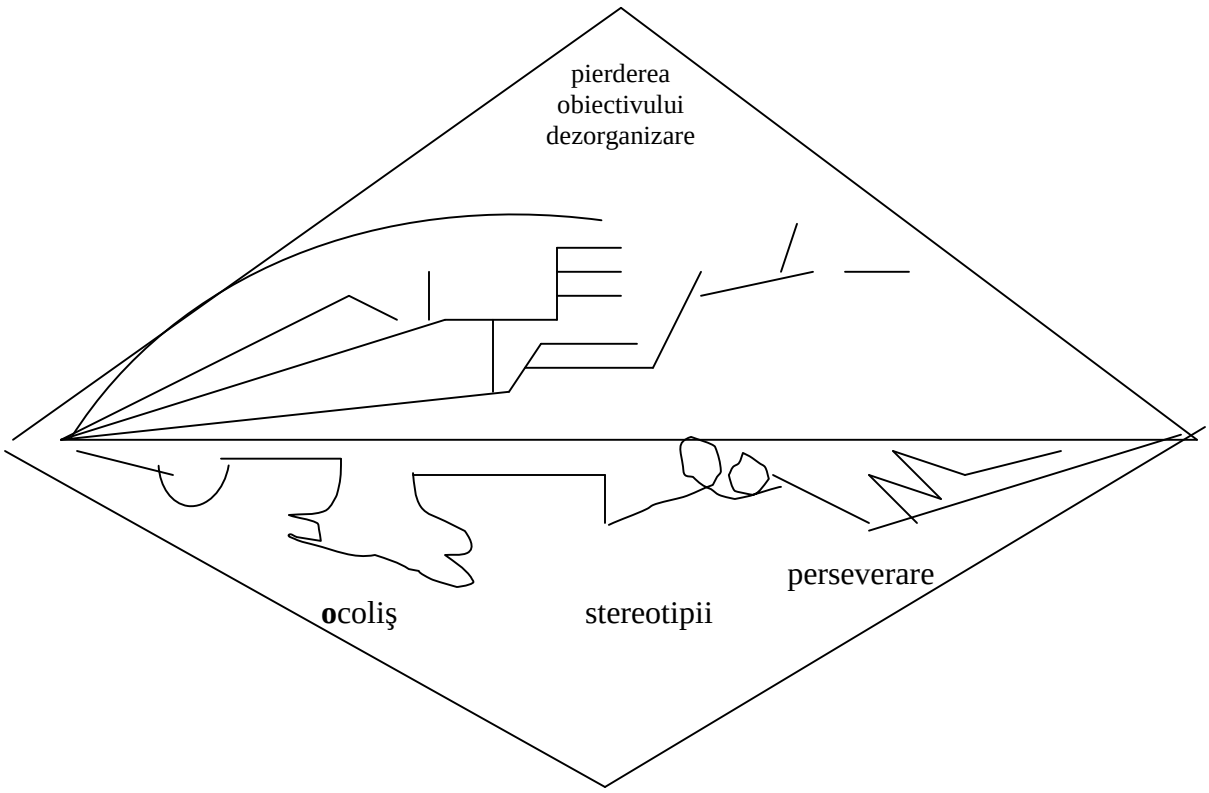
Chenar 38

Realizarea proiectelor, acţiunilor



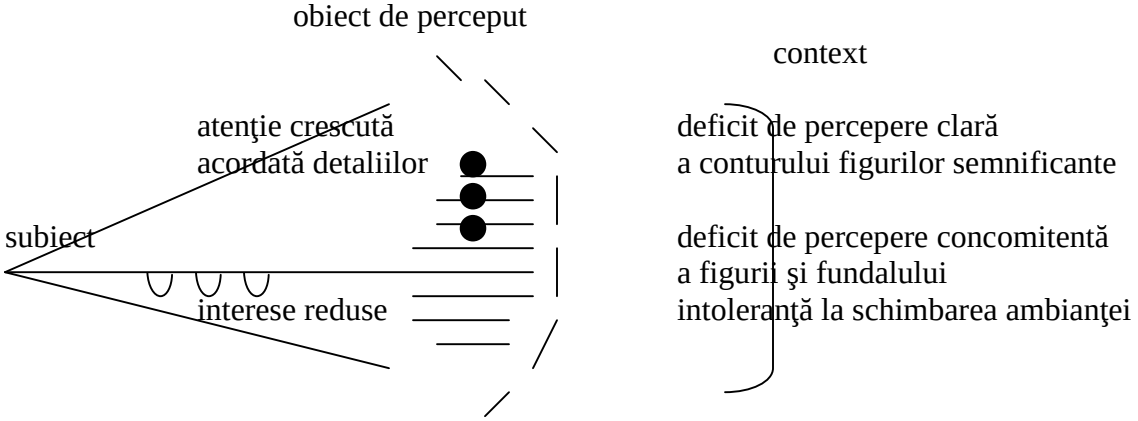
Chenar 39

Pierderea obiectivelor şi eşuarea proiectelor, acţiunilor

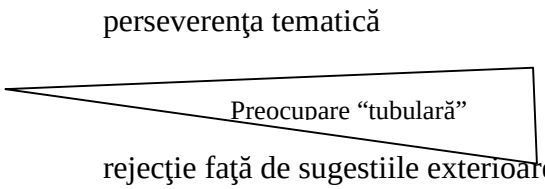


5.Coerenţa centrală e descrisă ca o funcţie configuraţionistă a percepţiei, care integrează părţile într-un ansamblu structurat, ce se detaşează ca o formă semnificantă pe un fundal accesibil.

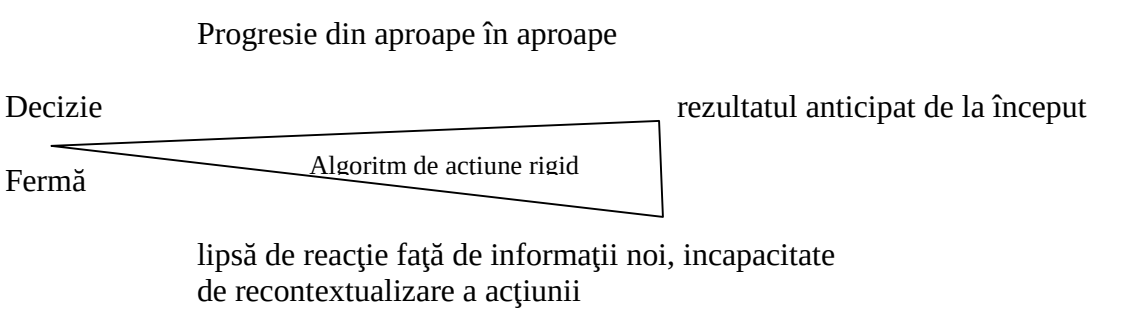
Consecinţe ale deficienţei coerenţei centrale şi autism



În spectrul autist (sd. Asperger) deficienţele specifice coerenţei centrale din autism se manifestă mai atenuat, predominând rigiditatea limitelor preocupărilor

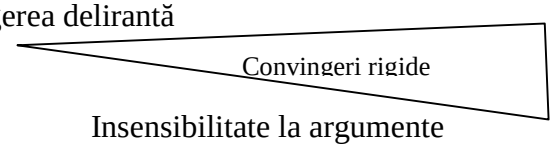

perseverenţa tematică
elaborare hipersistematizată,.
Lipsa de interes faţă de ambianţa,
faţă de receptarea sa de către alţii
Preocupare “tubulară”
rejecţie faţă de sugestiile exterioare

În unele cazuri de personalitate anancastă rigidă, comportamentul poate să se desfăşoare după un algoritm fix, şi invariabil stabilit la început.


Progresie din aproape în aproape
Decizie
rezultatul anticipat de la început
Algoritm de actiune rigid
Fermă
lipsă de reacţie faţă de informaţii noi, incapacitate
de recontextualizare a acţiunii

În cazul delirului monotematic, preocuparea anormală se menţine rigid, indiferent de argumente

Atenţie la detalii decontextualizte, care, hipersemnificate, susţin convingerea delirantă



Obsesionalitatea este abordată din punct de vedere clinic psihiatric fie ca tulburare obsesiv compulsivă (TOC), fie ca tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă (TPOC) fie ca spectru al tulburării obsesiv compulsive (STOC). Psihopatologic şi din perspective unei abordări a psihopatologiei evoluţionist culturale, e importantă însă o abordare unitară a obsesionalităţii patologice şi a variantelor sale marginale normalităţii grupate în jurul funcţiilor executive. O astfel de abordare poate fi găsită în : Lăzărescu (2010) şi în:

102. Lăzărescu M, Ile L. (2009), Tulburarea obsesiv compulsivă. Circumscriere, modele şi intervenţie, Ed.Polirom, Iaşi.

Capitolul al VIII-lea

Problema tulburărilor de personalitate

Unul dintre evenimentele importante din luna septembrie a fost desfăşurarea în oraşul T a unei Conferinţe internaţionale pe tema "tulburărilor de personalitate".

Întâlnindu-se seara cu toţii în casa lui Vasile, l-au întrebat pe Alexandru: „Ce se înţelege în psihiatrie prin tulburări de personalitate?" (**1**)

- E vorba de o disfuncţie deficitară a structurii personalităţii ce se manifestă prin dificultăţi constante de raportare interpersonal socială în cursul vieţii curente de zi cu zi. Relaţionarea şi colaborarea cu alte persoane e dificilă în aproape toate împrejurările vieţii : la muncă, acasă, cu vecinii, în instituţii şi în locuri publice. Deseori sunt transgresate normele de convieţuire, cutumele, legile şi moralitatea. Funcţionarea în roluri sociale e perturbată şi ea în mare măsură. Apar frecvent conflicte, scandaluri, neplăceri sau suferinţe pentru cei din jur; dar şi pentru subiect. Disfuncţia e prezentă din adolescenţă uneori persistând întreaga viaţă şi e distinctă de tulburările psihopatologice episodice de tipul anxietăţii fobice, obsesionalităţii, depresiei, maniei, delirului halucinator sau dezorganizării. E afectată instanţa socio-valorică a sinelui persoanei. Iar inteligenţa şi nivelul de cunoştinţe poate fi cel al mediei sau chiar superior.

- Dar de ce problemele pe care le ridică acest „om dificil" sunt o preocupare a medicinii psihiatrice?

- E o problemă pe care au dezbătut-o şi o dezbat însăşi psihiatrii. Primul specialist care a publicat o sinteză importantă pe această temă (iniţial

în 1923 ca şi capitol în tratatul lui Assaffenburg, apoi ca şi carte independentă, ediţia de referinţă fiind a 9, din 1950) Kurt Schneider, considera şi el că aceste „personalităţi psihopate”, care din cauza firii lor îi fac pe alţii să sufere şi suferă ei înşişi, ar trebui considerate mai ales variante antropologice, caractere anormale, în care unele trăsături sunt accentuate, condiţionând disfuncţia socială. Şi nu drept boli psihice. Tot el a descris pregnant zece tipuri, după modelul cazului tipic exemplar – a cazului didactic, de referinţă - pe care le-a etichetat cu termeni luaţi din limbajul curent şi nu din psihiatrie. De exemplu a comentat un tip de persoană suspicioasă fără a o numi „paranoidă”, aşa cum fac psihiatrii. Sau pe cei cu tendinţe histerice de hiperexpresivitate teatrală i-a etichetat ca „oameni-ce-vor-să-se-valorizeze” – „weltungsuchtige”. Într-un fel, Schneider a încercat o articulare a psihopatologiei cu tradiţia caracterologică.

- Dar atunci de ce această temă a continuat să-i preocupe pe psihiatri?

- De fapt, mare parte din sec. XX, anormalităţile personologice cu comportament excentric, disfuncţional, dissocial, au fost marginale pentru psihopatologi care priveau cu ochii formaţi în clinicile psihiatrice. În schimb, i-au interesat destul de mult pe sociologi, datorită dezordinii sociale pe care aceşti oameni o induc. A apărut chiar termenul de „sociopatie”, pe care psihiatrii l-au păstrat pentru cazuri ce se comportă agresiv, delictual, amoral, şi care petrec mai mult timp în penitenciar decât în serviciile de psihiatrie. Interesul pentru subiect a crescut doar spre sfârşitul secolului, după ce în 1980 sistemul american DSM-III a introdus diagnosticul pe axe. Dintre cele cinci axe ale acestuia, două se referă la diagnosticarea stării psihopatologice, una din ele vizând evaluarea fundalului constant al personalităţii, distinct de episoadele tranzitorii. Iar pe această axă au fost

plasate, pe lângă autismul infantil şi deficienţele mentale ale inteligenţei, şi „tulburările de personalitate”, înţelese ca disfuncţii, rezultate din ontogeneză şi care ar putea să dureze toată viaţa. Conform manualului DSM-IV-TR „Tulburarea de personalitate (t.p.) se exprimă prin relaţii interpersonal sociale disfuncţionale, ce au o bază în particularităţi ale psihismului individual în plan cognitiv, emotiv şi de autocontrol; disfuncţia relaţională e evidentă şi marcată, prezentă în multiple situaţii şi în raport cu variate persoane”. Dat fiind că acum tulburarea de personalitate era inclusă într-un sistem de diagnostic medical, s-a revenit în mare măsură la etichetări cu termeni psihiatrici, ca de exemplu: tulburarea de personalitate schizoidă, paranoidă, obsesiv-compulsivă etc.

Cu toată încorporarea explicită a acestei cazuistici în aria patologiei psihiatrice, problema continuităţii cu normalitatea, cu trăsăturile caracteriale accentuate, a rămas deschisă. Faptul a condus la colaborarea cu specialişti din psihologia persoanei care studiază caracterologia oamenilor normali, în conformitate cu o serie de modele. De fapt istoric privind lucrurile, toate caracterologiile tradiţionale au descris oamenii în termeni care lăsau loc şi manifestărilor excesive. Varianta relativ simplă a temperamentelor formulată în antichitate, indică explicit în cazul melancholicului o ipostază marginală ce poate evolua spre psihopatologie. Dar şi caracterele zodiacale au potenţial pentru manifestări extreme. Caracterul războinic al planetei Marte se poate afirma la cei născuţi în luna martie, în zodia Berbecului, în diverse feluri şi cu variate intensităţi, unele marcate de tensiune socială.

- (Profesorul P) Problema psihologiei actuale este că în domeniul caracterului au fost şi sunt neclarităţi conceptuale care marchează şi dezbaterea asupra tulburărilor de personalitate. Astfel, diferenţele dintre temperament, caracter şi personalitate, deşi sunt în mare configurate şi

acceptate au şi zone obscure. Temperamentul se referă la unele aspecte înnăscute, deci are baze biologice. Personalitatea e corelată cu manifestări sociale şi valorice. Iar caracterul este uneori menţionat şi alteori ignorat, eventual asimilat cu personalitatea. Conceptul de personalitate are o istorie mai particulară în cultura Europei, fiind cultivat de romani mai ales în perspectivă juridică. Apoi, după ce a fost asimilat de dogmatica creştină, el a început să fie utilizat la sfârşitul Iluminismului într-un sens etic. Pentru ca ulterior, în sec. XX, să capete o uzanţă mai largă, socio-politică, corelată demnităţii persoanei umane; şi deci drepturilor omului.

Chenar 40

Personalitatea,
concept re-prezentativ al subiectului

semnificaţii istorice şi actuale:
juridic; teatral şi literal (personaj); dogmatic (cele trei Persoane ale lui Dumnezeu); etic (Kant, personalism); concept social – civic – politic (drepturile persoanei umane)

psihologia persoanei

caracter

coerenţa unei manifestări expresive şi comportamentale, tipologii caracteriologice, tipologia zodiacală, caracteriologia ştiinţifică în sec.XX (Teoria celor cinci factori, circumplexul interpersonal)

caracteristici morale virtuţi, tipologia virtuţilor în diverse culturi,

caracteriologia eroilor literaturii

<u>tulburări de personalitate</u>
tipologia clinica a t.p. a DSM-IV-TR
clustere

A	B	C	
schizoidă	antisocială	evitantă	Clusterul „psihopatiei”
paranoidă	histrionică	dependentă	
schizotipală	marginală (borderline)	anancastă (obsesiv compulsivă)	
	narcisică	depresivă?	

Cuvântul e în mod repetat menţionat în „Declaraţia universală a drepturilor omului”. Cât despre noţiunea de caracter, aceasta avea tradiţional două trimiteri esenţiale: una spre stilul modalităţilor de manifestare interpersonal socială, care a fost mult exploatată de literatură; alta spre perspectiva morală. Această ultimă dimensiune a făcut mult timp parte integrantă din caracterizarea fiecărui om. Şi e încă uzuală în limbajul popular, în care se vorbeşte despre un om bun, rău, viclean, parşiv, nesimţit, laş, meschin, generos, de nădejde, duplicitar, mincinos, cinstit ş.a.m.d. Deci, destule manifestări marginale, excentrice. Din tradiţia caracterizărilor morale a făcut parte şi referinţele la virtute.

- Un om virtuos era cel ce se manifesta curajos, drept, cinstit, generos, cumpătat, prevăzător, prietenos. Virtutea aristoteliană se referă la bunul echilibru dintre două extreme; iar extremele trimit la manifestări excesive, aberante în raport cu alţii, la fel ca în cazul t.p. Creştinismul a preluat această doctrină, adăugând virtuţi proprii ca iubirea, credinţa, smerenia, răbdarea. Apoi, în perioada modernităţii capitaliste s-au cultivat alte virtuţi, ca perseverenţa, munca, productivitatea, zgârcenia. Toate acestea pot avea manifestări excesive şi nearmonice, fapt ce a stat la baza literaturii moraliştilor. Cu toate că lista virtuţilor s-a schimbat, problema moralităţii nu a încetat să fie importantă în caracterizarea oamenilor, în corelaţie mai ales cu responsabilitatea, până aproape de zilele noastre.

- (Prof.P.) Caracterizarea prin virtuţi sau elemente morale a categoriilor tipologice este în prezent cât mai mult evitată, în psihologia ştiintifică a persoanei, sub argumentul nevoii de „scientificitate”. În cazul t.p. ea e adusă în discuţie, din câte ştiu, doar în cazul special al psihopatiei. Dacă virtuţile lui Aristotel oscilau între doi poli extremi, şi actualele modele

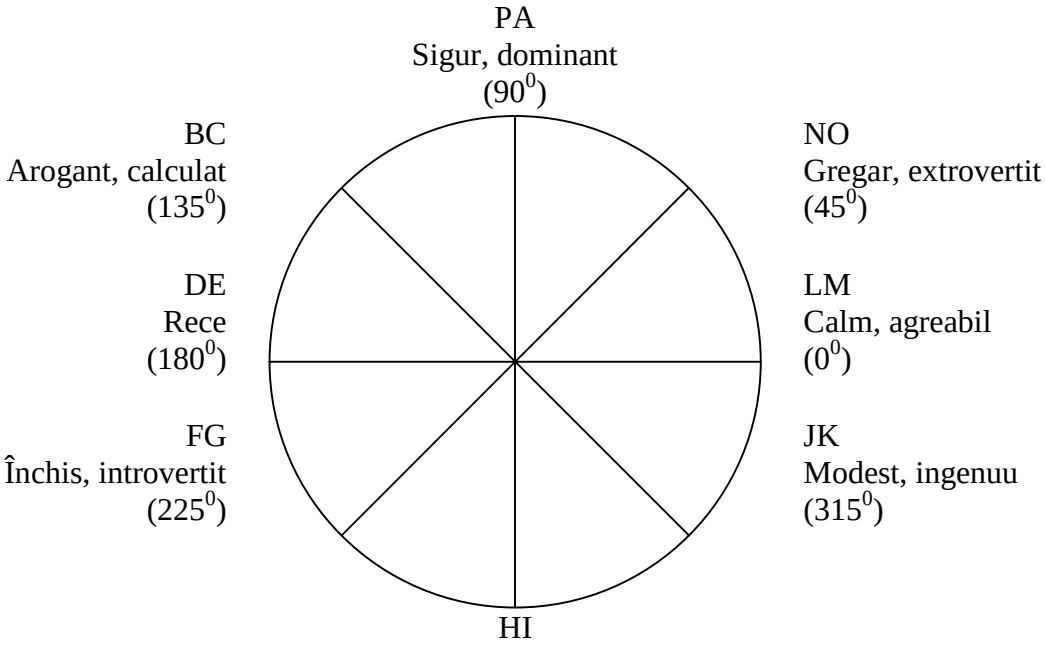
după care e studiată caracteriologia folosesc “trăsături de personalitate” ce se distribuie între două extreme.

Astfel e constant invocat cuplul introversiune/extroversiune, care a fost lansat cu mare autoritate de către Jung în prima jumătate a sec. XX. El se referă la orientarea generală a psihismului spre interioritatea subiectivităţii sau spre lumea exterioară. Trăsătura relaţionării cu alţii, a sociabilităţii, e analizată în prezent mai ales prin cuplul afiliere/dezafiliere. Afilierea marchează o deschidere agreabilă spre contact şi colaborare. Iar dezafilierea se referă la o reţinere în relaţiile cu alţii, prin detaşare sau ostilitate. Un alt cuplu mult utilizat e cel dominaţie/sumisiune. Iar alt exemplu ar fi polarizarea între instabilitate şi stabilitate psihică. Astfel de dimensiuni pe care actuala psihologie a personalităţii le conceptualizează, de exemplu în Circumplexul relaţiilor interpersonale sau în Teoria celor cinci mari factori – sunt în prezent aplicate, din câte ştiu, şi în studierea t.p.

Chenar 41

Circumplexul epitetelor interpersonale (Leary, Kirker, Wiggins)

Axele ortogonale ale lui Bakan (după Wiggins, 1991)



Nesigur, submisiv
(270^0)

	Chenar 42 Modelul celor cinci factori **Faţetele NEO-PI-R (Costa şi McCrae, 1992)** Cele cinci mari trăsături	Faţetă (şi epitetul trăsăturii corelate)
E	Extroversiune vs introversiune	Gregaritate (sociabil) Asertivitate (prezent) Activitate (energic) Caută excitaţia (aventuros) Emoţii pozitive (entuziast) Căldură (deschis)
A	Agreabilitate vs antagonism	Încredere (iertător) Directivitate (neinsistent) Altruism (călduros) Complianţă (lipsit de încăpăţânare) Modestie (lipsit de vanitate) Empatie (simpatizant)
C	Conştiinciozitate vs lipsă de direcţie	Competenţă (eficient) Ordine (organizat) Datorie (atent) Tendinţă spre realizare (metodic) Autodisciplină (nu e leneş) Deliberare (nu e impulsiv)
N	Nevroticism vs stabilitate emoţională	Anxietate (tensionat) Ostilitate mânioasă (iritabil) Depresie (nemulţumit) Conştiinţă de sine (ruşinos) Impulsivitate (cu toane) Vulnerabilitate (lipsit de încredere în sine)
O	Deschidere vs reticenţă faţă de experienţă	Idei (curios) Fantezie (imaginativ) Estetică (artist) Acţiune (cu interese largi) Sentimente (excitabil) Valori (neconvenţional)

- Utilizarea în psihopatologie a modelelor folosite pentru cercetarea caracteriologiei persoanelor normale, presupune însă, desigur, preexistenţa unui profil propriu al acestora, care să aibă raţiuni psihiatrice.

- De fapt, ce categorii sunt avute în vedere în actuala sistematizare a tulburărilor de personalitate?

Chenar 43

Caracteristici tipologice a principalelor tulburări de personalitate

T.p. paranoidă (Suspiciosul) : neîncredere generalizată, ceilalţi îi apar constant neloiali, incorecţi, îl prejudiciază, înşeală, persecută, atentează la reputaţia sa, la bunuri, poziţie socială, se coalizează, interpretează evenimente neutre ca răuvoitoare; se poate manifesta combativ sau defensiv.

T.P. schizoidă (Indiferentul) : indiferenţă constantă faţă de alţii: situaţii, propria afirmare, succes sau insusces, sexualitate, anafectivitate în ceea ce priveşte reactivitatea emotivă, ataşamentul faţă de alţii, rezonanţa afectivă; interes crescut faţă de universul tehnic, matematic, abstracţii; preferă solitudinea, contemplarea; foarte puţine relaţii intime cu alţii în afara familiei.

T.p.antisocială (Dominatorul manipulator) : atitudine interpersonală, dominatoare, agresivă, calculată, eficientă; manifestă siguranţă în relaţiile cu alţii pe care îi maipulează, urmărindu-şi propriile interese egoiste, hedonice anafectiv, neimpresionabil, lipsit de generozitate şi remuşcări; uneori impulsiv sau sadic; neglijează drepturile altora, încalcă normele, se comportă amoral.

T.p. histrionică (Hiperexpresivul captativ) : comunicare nonverbală hiperexpresivă, spectaculară, ce captează atenţia celorlalţi, plasându-se în centrul atenţiei; teatralitate stridentă, limbaj colorat, imaginar bogat, narativitate atractivă; egofilie captativă cu şantaj afectiv; posibilă manipulare şi ecrocare a celuilalt.

T.p. instabilă, marginală ("borderline") (hiperimplicatul afectiv instabil) : relaţii intime intense "fuzionale" instabile; frecvente modificări nemotivate de atitudine, între adulaţie, dispreţ, agresivitate, ură, rejecţie, implorare vinovată, anxietate de separare, şantaj afectiv; tendinţe impulsive agresive în raport cu alţii şi cu sine, inclusiv comportament presuicidar.

T.p. narcisică (Megalomanie) (DSM-IV-TR) : are un sentiment grandios de autoimportanţă; e preocupat de fantezii de succes nelimitat, de putere, strălucire sau amor ideal; crede că este "aparte" şi unic; are pretenţii exagerate de tratament favorabil; e lipsit de empatie şi tinde să-i exploateze pe alţii; invidios pe alţii şi crede că şi alţii sunt invidioşi pe el.

T.p. evitantă (Hiperemotivă) : sensibilitate excesivă pentru evenimente publice în care trebuie să se manifeste performant, pe care le evită; nevoie de ataşament protectiv; stimă de sine fragilă.

T.p. dependentă (Dependentul) : resimte în permanenţă o nevoie de ghidare, protecţie, dirijare în decizii, opinii, atitudini; pentru a menţine aproape de sine o persoană dominantă, e capabil de compromisuri; iar dacă aceasta dispare, caută imediat alta.

T.p. anancastă; obsesiv compulsivă : preocupat continuu de activităţi, muncă, ordine, detalii; perfecţionism; face mereu planuri, organizează, sistematizează; indecizie şi verificări multiple; dificultăţi de a finaliza şi de a se despărţi de lucruri inutile; colecţionarism, zgârcenie, faţă de alţii păstrează o atitudine oficială, distantă; colaborează dificil; e fascinat de norme.

- (Alexandru) În sistemul american DSM IV TR se enumeră ca şi categorii de tulburări de personalitate: paranoidul, schizoidul, schizotipalul, t.p. antisocială, t.p. histrionică, t.p. narcisică, t.p. marginal instabilă (borderline), t.p. evitantă, t.p. dependentă, t.p. obsesiv-compulsivă. Majoritatea tipurilor de t.p. au o trimitere explicită la o tulburare clinică. De exemplu t.p. evitantă este foarte apropiată de fobia socială persistentă. Sau, t.p. histrionică se apropie de caracterizarea clasică a psihopatului histeric, ce era corelat cu tulburările conversive şi disociative de conştiinţă. T.p. paranoidă, marcată de suspiciune, este uşor de corelat cu delirul paranoid. T.p. obsesiv compulsivă face parte, aşa cum indică şi eticheta ei, din aria psihopatologiei obsesive. Această corelare cu manifestările episoadelor psihopatologice nu anulează şi relaţionarea cu caracterologia normală ce a fost invocată mai înainte. Dar ea sugerează că în ambele cazuri se exprimă, la diverse nivele psihice. o distorsiune a unor structuri funcţionale normale şi adaptative. (**2**)

- Cum se combină practic caracteristicile generale ale deficitului personalistic psihopatologic cu tipologia acestora, acceptată şi indicată de manuale?

- (Alexandru) Să luăm pentru început două cazuri distincte, pe care le indicăm prin A şi B.

A este o persoană serioasă şi muncitoare, conştiincioasă şi perfecţionistă. Îşi dedică tot timpul muncii, face mereu planuri, proiecte de organizare a activităţii. Îşi notează şi analizează cu migală totul, atent la cele mai mici amănunte; e scrupulos, verifică mereu, e tot timpul preocupat că i-ar putea scăpa ceva; se hotărăşte greu, trece mult timp până începe o acţiune, apoi renunţă uşor, progresează încet, finalizează dificil; nu se poate despărţi

cu uşurinţă de o activitate sau de un lucru: - „cine ştie, poate va fi bun cândva la ceva”; e colecţionar şi e considerat zgârcit. În toată strădania sa neîncetată spre ducere la bun sfârşit a activităţilor, nu poate însă colabora cu alţi decât dacă aceştia fac aşa cum i se pare lui ca e bine, dacă se conformează schemelor şi ritualurilor sale; e politicos şi oficial cu toată lumea, ţine să respecte normele şi convenţiile sociale, nu acceptă pe nimeni în intimitatea sa. S-ar părea de altfel că nu e capabil de o relaţie intimă, caldă şi apropiată sufleteşte cu altcineva, cu care pur şi simplu să petreacă timpul fără a face nimic. Chiar şi în intimitate, celălalt e în poziţie oficială. Un astfel de om conştiincios şi muncitor poate fi până la un punct performant, daca e lăsat să lucreze singur. Dar, de cele mai multe ori, termină cu întârziere. Sau nu termină la timp lucrurile, datorită nenumăratelor verificări scrupuloase; astfel că nu te poţi baza pe el în munci de echipă. Şi nu este nici un organizator eficient, pentru că preocuparea sa exagerată pentru ordine în acţiune e lipsită de spontaneitate şi de o bună comunicare interpersonală. Astfel aceste trăsături obsesiv - compulsive - cum le caracterizează DSM IV TR – sau „anancaste” – cum le caracterizează ICD 10 – exprimă o perturbare în raportarea, în relaţionarea şi colaborarea cu alţii. Ceea ce face ca funcţionarea în roluri să fie ineficace, iar viaţa interpersonal-socială să fie perturbată în toate ariile. Inclusiv în familie, dat fiind că e incapabil de intimitate, de echilibru afectiv şi de împărtăşire a opiniilor.

B este o persoană care resimte tot timpul nevoia unei relaţii foarte apropiate cu altul, dar e extrem de instabil. Celălalt este solicitat la un moment dat să decidă totul pentru subiect, e adulat ca cineva minunat şi foarte puternic. Pentru ca nu peste mult timp, fără un motiv limpede, să fie considerat un om de nimic şi demn de dispreţ, faţă de care se revarsă un noian de acuze şi reproşuri; nu trece mult timp şi raportarea faţă de celălalt

devine rece şi indiferentă; apoi, tot insuficient motivat, el e abordat cu o extremă suspiciune anxioasă; apoi cade în genunchi şi îşi cere iertare, se consideră vinovat şi se autopedepseşte, îşi provoacă leziuni, face tentative de sinucidere; după aceea devine furios, se răzbună şi-l agresează pe cel apropiat. Esenţial e faptul că nu-i permite să se depărteze de el şi că trebuie să-i rămână în permanenţă în apropiere, în intimitate. Iar dacă încearcă să plece, subiectul dezvoltă nenumărate comportamente de nelinişte, şantaj sau manipulare pentru a-l ţine în apropiere. Căci, în lipsa acestei relaţionări intime dar turmentate, el resimte un gol, un vid interior, o lipsă de identitate.

B este de obicei etichetat ca un instabil emotiv şi atitudinal; iar în literatura de specialitate americană, sintetizată în DSM IV TR, el e numit „marginal”, „borderline”, denumire care a fost preluată internaţional, ca un neologism.

Subiectul ce prezintă t.p. de tip B nu e preocupat deloc de muncă şi de activitate, de planuri şi realizări pe termen lung. El nu e distant faţă de ceilalţi. Ci, dimpotrivă, pretinde o continuă raportare intimă, în care e instabil şi necontrolat în decizii. În perspectiva acţiunii, ceea ce îl caracterizează este impulsivitatea, decizia rapidă şi neechilibrarea prin care se comportă agresiv faţă de alţii şi faţă de sine. Şi alte comportamente impulsive se întâlnesc frecvent la tipul B: stări explozive, joc de noroc patologic, manifestări parasuicidare etc. E clar că şi acest tip de personalitate exprimă tulburări în raportare, relaţionare şi colaborare cu alţii, în funcţionarea în roluri şi în integrarea socială.

În poziţia A. s-ar putea comenta, în normalitatea vieţii de zi cu zi, persoanele ordonate şi muncitoare, conştiincioase şi energice, care se dăruiesc acţiunii, care activează perseverent şi performant, controlând eficient bunul mers al acţiunii, situaţia şi relaţiile cu ceilalţi. Poate fi vorba

de realizarea unei sarcini într-un domeniu de birou, de şantier, de întreprindere, de explorare, de război. Sau, persoana poate activa cu bune rezultate în cercetarea ştiinţifică, într-o afacere, în administraţie. Se pot avea în vedere cazurile în care accentul e pus pe buna planificare, sistematizare şi reorganizare a muncii, mai mult decât pe relaţiile sociale. Care, acum, nu sunt ignorate deşi nu sunt nici cultivate. Munca, ordinea, prevederea, sistematizarea, controlul, precauţia, conştiinciozitatea, eficienţa, pot fi trăsături care asigură succesul în multe practici umane.

Pe poziţia B am putea imagina un om afectuos, care acordă mult timp relaţiilor interpersonale, fiind intens ataşat de alţii. Dar în mod echilibrat şi cu o bună realizare socială. O mamă devotată şi bună gospodină, un educator pasionat, o nursă dăruită cu tot sufletul pacienţilor, un asistent social ce se implică de dimineaţa până seara în necazurile celor nevoiaşi. Sunt oameni care pun accentul nu pe munca ordonată şi sistematică, ci pe relaţionarea interpersonală afectivă, inclusiv pe cea intimă. Dar, cu păstrarea unui bun echilibru, a unui control adecvat al distanţelor psihice, manevrând cu eficacitate şi nuanţă aceste relaţionări.

- Cele două tipuri A şi B par a se manifesta, dintr-un anumit punct de vedere, la doi poli opuşi. Este această polarizare prezentă şi la alte categorii de t.p. ?

- Desigur, se poate vorbi de polaritate în cazul diverselor t.p. dar în diferite sensuri. Cele mai importante modele amintite de analiză caracteriologică ale psihologiei persoanei, circumplexul interpersonal şi doctrina celor cinci mari factori, au în vedere polaritatea, aşa cum e cazul cuplului introversiune/extroversiune. Dar dacă ne referim la t.p. aşa cum sunt ele conturate de psihopatologia clinică, sistemele polare menţionate, deşi se aplică curent, au anumite limite. Astfel, de exemplu, circumplexul se

referă doar la relaţiile interpersonale şi nu include raportarea conştiincioasă şi ordonată la muncă, specifică obsesivului. Iar sistemul celor cinci mari factori nu include polarizarea dominaţie/sumisiune. Caracterizarea t.p. ar beneficia poate de un model n-dimensional. Dar care se cere completat de elemente de caracterizare biografic narativă; şi, uneori, de evaluarea socio morală. Această problemă se evidenţiază clar dacă se analizează unul din posibilele cupluri de t.p. care la prima vedere apare ca evident plasate la două extreme: t.p.antisocială şi t.p. dependentă.

T.p. antisocială e caracterizată prin capacitatea crescută de dominare şi manipulare. Dependentul doreşte să fie condus în toate, neputând structura opinii şi decizii proprii. Dar dependentul poate avea o afectivitate relaţională caldă sau rece, uneori e nehotărât, poate manifesta deseori depresii şi toxicomanii. Pe de altă parte antisocialul se caracterizează prin multe alte trăsături pe lângă atitudinea dominantă. Mai ales potenţialul său delictual sau amoral, uneori sadic criminal, face ca acest tip de t.p. să aibe un profil aparte, ce se agregă în direcţia psihopatului sociopat. Conceptul de "psihopatie" a evoluat în psihiatria sec.XX, de la iniţiala sa utilizare genetică – "personalitate psihopată" – spre o etichetare ce grupează personalităţile anormale cu pronunţată manifestare dissocială şi amorală. Deşi privind din perspectiva tipologiei din DSM IV TR astfel de comportamente pot apare aproape la toate categoriile (Millon), fapt ce a făcut să se vorbească de un "cluster al psihopatiei", manifestările de acest tip sunt cel mai frecvent întâlnite la persoane domintoare şi agresive, fapt ce a stat la baza constructului clinic al t.p. antisocială.

Într-un fel, filiaţia acestui tip de t.p., ar putea urca până la ideile din sec. XIX ale lui Lombrozo privitoare la criminalul înnăscut. Comportamentul dissocial, delictual, şi amoral al t.p. antisociale şi a

psihopatului, implică şi sociologia, care studiază marginalitatea socială. Chiar dacă exigenţele medicale impun centrarea pe individ, pe o tulburare în organizarea psihismului persoanei vizate, problema nu poate fi ruptă de planul mai larg al varietăţii şi aberaţiei manifestărilor sociale. Iar studierea istoriei marginalităţii sociale şi a delincvenţei poate fi utilă şi pentru descifrarea caracterului compozit al acestui construct clinic.

- (Sorina) Marginalitatea socială e formată din oameni slab integraţi în structura unei societăţi, cuprinzând săracii, vagabonzii, cerşetorii, şomerii, alcoolicii, toxicomanii, persoane cu preocupări excentrice, perverşi şi desigur delincvenţii de diverse feluri, incluzând criminalii. În perspectivă istorică, această cazuistică a evoluat mult timp alături de cea a bolnavilor mentali. Cercetările filosofului francez Foucault au subliniat că în sec. XVII-XVIII acest tip de populaţie era în Europa grupată nediferenţiat în "câmpurile de concentrare" ale Spitalelor generale.

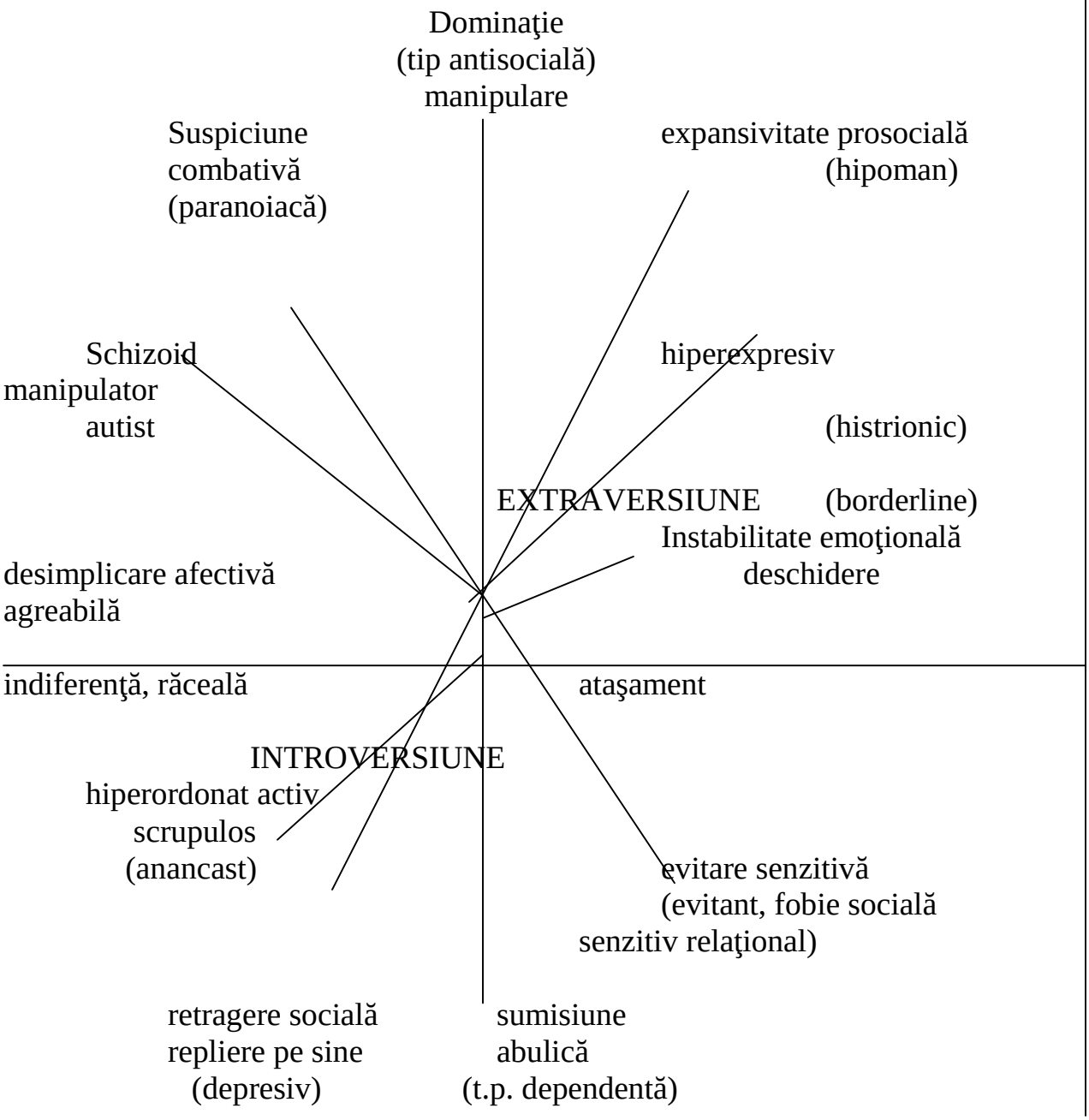
- (Eugen). Analizele filozofice ale lui Foucault invocă această marginalitate socială global, pentru a analiza constituirea modernităţii europene, prin degajarea şi impunerea structurii de ordine al raţiunii, opusă dezordinii asimilată cu lipsa de raţiune, cu "de-raison"! Populaţia claustrată pe atunci în Spitalelel generale era astfe; împiedecată şi perturbă "ordinea socială" ce tinde să se înscăuneze. Conform analizelor lui Foucault treptat, ordinea marchează în Europa Secolului Luminilor atât structurile practicilor sociale şi ale mentalităţii, cât şi pe cele de gândire.

Această ordine generalizată vizează de la început dezordinea nebuniei. Dar ea se referă şi la organizarea treptată a statului modern în care ordinea se impune în organizarea învăţământului, în apariţia clinicii medicale, în desfăşurarea muncii, în desfăşurarea vieţii în comunitate. Ea e solidară cu instaurarea poliţei, ce supraveghează orice cetăţean; şi cu apariţia

instituţiei închisorii, privatoare de libertate. Prin dezvoltarea acestor structuri sociale şi mentale ale ordinii şi ordonării, zona amorfă a marginalităţii sociale se diferenţiază. Nebunii au azilele lor, delincvenţii închisorile lor, muncitorii cu fabricile lor, militarii – cazarmele.

Chenar 44

Dimensiuni polare ale persoanei normale şi patologice



Într-una dintre cărţile sale, “A supraveghea şi a pedepsi”, Foucault studiază felul în care, în acest context în care statul tinde să facă ordine peste tot, către sfârşitul sec. XVIII şi tipul infracţiunilor începe să se modifice. În locul manifestărilor brutale, a agresiunii, omorului, şi jafului banditesc, trec în prim plan infracţiunile legate de furt şi înşelăciune. Ori, acest tip de infracţiune necesită inteligenţă, control şi calcul mental. Noul profil al delincvenţei a condus în sec. XIX la apariţia romanului poliţist şi a personajului detectivului, care trebuia să facă faţă inteligenţei diabolice şi perversităţii noilor infractori. Fapt ce reflectă şi în comportamentul dissocial al t.p. Zona antropologică corelativă t.p. antisociale şi psihopatului trebuie să ţină cont deci şi de metamorfozele istorice.

- În comportamentul dissocial al psihopaţilor intră, pe lângă agresivitatea impulsivă sau sadică, şi înşelăciunea, escrocheria, şantajul, manipularea, toate realizate cu sânge rece, uneori cu multă inteligenţă şi fără niciun sentiment de milă şi culpă ulterioară în raport cu victimele. Între cazurile de psihopatie descrise de Cleckley la mijlocul sec. XX, erau menţionaţi mulţi oameni inteligenţi care ştiu să câştige încrederea altora, pot fi fermecători, “şarmanţi”, convingători. Uneori cu o situaţie socială respectabilă şi succes public, politicieni, medici, oameni de afaceri. Deci persoane care există printre noi, cu o mască de respectabilitate. Aceştia îşi folosesc calităţile menţionate pentru a-i manipula pe alţii, a-i înşela, escroca, a-şi urmări scopurile egoiste bine ţintite. Deci un alt tip de comportament, decât cel impulsiv, exploziv, brutal şi necontrolat. Dar lipsiţi de o reală emotivitate, reci afectiv, calculaţi, manipulatori, egoişti, uneori perverşi. Aceste aspecte fac ca problema psihopatiei să fie una specială dacă privin din perspectivă strict medicală. Şi practic, ea nu e comentată în DSM-IV-

TR, unde e parţial reprezentată de t.p. antisocială. Dar ea nu poate fi ignorată atunci când se comentează tulburările de personalitate.

- (Sorina). S-a adus deja în discuţie aspectul sociologic al t.p., mai ales în cadrul intersecţiei sale cu delincvenţa, prin intervenţia clusterului psihopatiei. Mai apar însă şi alte probleme în această perspectivă socio culturală. E vorba de situaţiile sociale speciale şi de reţelele de statute şi roluri, pe care o socio-cultură istorică le promovează.

Chenar 45

Itemii scalei de evaluare a psihopatului lui Cleckley, după Hare

Factorul 1		Factorul 2	
	Sens grandios al sinelui		Iresponsabilitate
	Minciună patologică		Lipsa unor scopuri realiste pe termen lung
	Manipularea altora		Stil de viaţă parazitar
	Lipsa remuşcărilor şi vinovăţiei		Probleme comportamentale timpurii
	Lipsa empatiei		Delincvenţă juvenilă
	Neacceptarea responsabilităţii pentru propriile acţiuni		Recidivism
	Farmec, şarm superficial		Impulsivitate
	Afect superficial		Nevoie de stimulare
			Slab control comportamental

Astfel, chiar trăsăturile şi caracteristicile aşa de negative ca cele ale t.p. dissociale şi psihopatului, pot avea valenţe utile în condiţiile războiului sau pentru victoria revoluţiilor. Nu doar agresivitatea şi violenţa e necesară în luptă, ci şi lipsa de emotivitate, îndrăzneala, capacitatea de a rămâne rece şi calculat, de a înşela adversarul. Desigur, aceste aspecte sunt disciplinate şi ţinute sub control până la un punct de structura şi funcţionarea armatei, care presupune colaborarea combatanţilor organizaţi. Selecţia soldaţilor pentru trupe de intervenţie specială presupune de la început ca aceştia să nu se emoţioneze uşor. Şi să fie capabili de o mare agresivitate controlată, uneori de cruzime, însoţită de abilitatea de a înşela.

- În această ordine de idei se ridică problema: în ce măsură modelele culturale pot compensa sau decompensa variate structuri de personalitate, particulare şi dizarmonice? Nu e vorba doar de psihopatie. Într-o societate în care e cultivat funcţionarul ordonat, ataşat de muncă şi

ascultător, această profesie ar putea să asimileze mulţi anancaşti. Pe când, dacă se cere multă improvizaţie şi intuiţie, în situaţii neprevăzute, aceste personalităţi se vor decompensa.

- (Sorina). Într-adevăr, retragerea socială, preferinţe pentru solitudine, indiferenţa faţă de viaţa în societate şi faţă de aprecierea altora, o introversiune accentuată, este caracteristica t.p. schizoidă. Au existat perioade istorice în care societatea a acceptat şi chiar apreciat mult retragerea monahală. Călugării se retrăgeau pentru a se ruga şi a contempla Divinitatea. Dar ei aveau un suflet cald, în dăruirea şi iubirea lor pentru Dumnezeu. Schizoidul e rece afectiv, preocupat mai mult de abstracţii, de matematică sau de tehnică. Deci, el nu prea avea ce căuta în mânăstiri, Deşi societatea actuală promovează comportamentul extrovert şi competiţia publică, astfel de persoane ar putea găsi în prezent profesii adecvate lucrând pe calculator sau la diverse proiecte de sistematizare. Şi teatralismul de tip histrionic poate să fie util în unele împrejurări. Nici acesta nu e prea apreciat în viaţa de zi cu zi a societăţii actuale. Dar pe lângă faptul că orice societate păstrează instituţia teatrală şi funcţia de actor, o anumită capacitate de captare a interesului celorlalţi e importantă şi pentru charisma oricărui om politic. Anormală devine doar fixarea rigidă şi lipsită de reala creativitate a unui unic mod de relaţionare. Iar această rigiditate s-ar putea să aibă şi o anumită bază neurofiziologică.

- (Eduard). Anafectivitatea ce se întâlneşte la t.p., mai pregnant la psihopat şi la schizoid, a atras atenţia neuropsihologilor. Cercetări experimentale detaliate au arătat că la psihopaţi, reacţiile corporale vegetative ale complexului emotiv – de anxietate, frică, emoţie socială – sunt minime; sau nu se produc. Cu alte cuvinte, creierul psihopaţilor nucleari este astfel constituit, încât ei pur şi simplu nu trăiesc psiho-corporal frica. Şi nu

au reacţii emotive în confruntarea cu alţii, atunci când mint sau se află în situaţii cu risc crescut. Desigur, aceste particularităţi psiho-cerebrale înnăscute nu sunt acceptate social ca justificări ale comportamentului dissocial, delictual sau amoral. O serie de particularităţi înnăscute emotivo-afective şi de preferinţă sexuală, se întâlnesc şi la homosexuali, pedofili sau sadici. Dacă comportamentul primilor este acceptat în multe societăţi, cel al sadicilor şi pedofililor e peste tot sancţionat legal. O serie de particularităţi înnăscute, sunt abordate în prezent din perspectiva doctrinei evoluţioniste. În această direcţie merită amintită actuala teorie a lui Baron-Cohen, privitoare la două funcţii psihice adaptative importante, a empatiza şi a sistematiza, pe care autorul le interpretează evoluţionist. (**3**)

Teoria lui Baron Cohen susţine că, pe lângă capacităţi şi funcţii delimitate şi precise – cum ar fi percepţia vizuo-spaţială, limbajul articulat, funcţiile executive, recunoaşterea şi emoţia socială – evoluţia a selectat şi capacităţi funcţionale mai globale. Aşa ar fi mecanismul empatizării şi sistematizării. Primul, mai dezvoltat la femei şi mai dependent de emisferul drept, se referă la capacitatea de ataşament, emoţie, rezonare afectivă, simpatie. El se corelează evolutiv cu ataşamentul femeii faţă de copii şi familie, cu grija faţă de gospodărie. Capacitatea de mentalizare, ToM, care constă în ghicirea intenţiilor altuia doar din privire, se corelează strâns cu empatizarea, fiind parţial integrată în aceasta. Celălalt mecanism, al sistematizării, e străin de afectivitatea empatizării, practic desfăşurându-se în neutralitate afectivă. El constă din capacitatea de a ordona şi sistematiza în cadrul acţiunilor şi pe modele teoretice, de a opera cu implicaţii cauzale de tipul: dacă a, atunci b. Corelaţiile psihopatologice pe care le face Baron Cohen se referă în primul rând la autism, în care ar exista un deficit genetic developmental, constând dintr-o redusă capacitate de empatizare şi o

crescută capacitate de sistematizare. Limitată însă, datorită deficitului global, la aspecte simple. Iar în al doilea rând, el se referă la psihopat, la care redusa empatizare se corelează cu o bună mentalizare şi sistematizare.

- Pentru problematica t.p., abordarea lui Baron-Cohen e importantă din mai multe puncte de vedere. În primul rând, ea atrage atenţia asupra unor funcţii sau mecanisme globale, cu care operează evoluţia. Iar astfel de mecanisme se bazează pe nucleul psihologic al sinelui – "self"-lui, ca centru al empatizării şi sistematizării. Organizarea sinelui e o problemă centrală în cazul t.p. şi al psihopatologiei în general. Iar psihoneurologii îşi pun problema circuitelor neuronale care susţin funcţia integratoare a sinelui, mai ales în relaţionarea sa cu alţii, aşa cum se petrece în mentalizare. Dar şi în relaţiile curente ale vieţii zilnice, de la dialog la procesul instructiv sau la colaborarea în muncă.

- (Alexandru). Abordarea lui Baron-Cohen e sugestivă şi operantă pentru modele de cercetare. Ea a fost însă şi criticată din mai multe perspective. O critică suplimentară ce i se poate aduce este că simplifică mult fenomenologia psihismului uman. Fapt ce e favorabil studiului, dar pretinde şi elaborări ulterioare.

Astfel, acel mecanism funcţional al sistematizării trebuie să fie înţeles mai amplu, ca făcând parte dintr-o clasă de funcţii în care se includ: a ordona, a sistematiza, a structura. Preocuparea omului faţă de ordine şi ordonare, aşa de evidentă la obsesiv şi anancast, s-ar articula astfel cu preocuparea pentru sistematizări şi sisteme pe care o manifestă autistul. Pentru obsesiv, problematica ordonării apare atât în raport cu spaţiul din preajmă, cât şi în legătură cu ordinea acţiunii, cu desfăşurarea funcţiilor executive. Sau cu clasificarea colecţiilor. În sfârşit, ordinea ierarhică e importantă şi în selecţia informaţiilor, în comunicarea verbală sau prin

discurs, în alegerea cuvintelor şi figurilor de stil, în cadrul sintezei logico semantice a bunei rostiri. Deficitul în acest acest ultim domeniu se manifestă pregnant în dezordinea incoerenţei verbale a schizofrenului şi a dezorganizării schizofrene în general.

- Celălalt mecanism pe care-l sugerează Baron-Cohen, cel al empatizării, poate fi înţeles şi el mai amplu, mai ales în concordanţă cu actuala teorie lărgită a ataşamentului. S-ar nuanţa astfel înţelegerea a ceea ce se indică în psihologie prin termenul destul de vag de "afectivitate". Şi care cuprinde la un loc, atât emoţiile şi pasiunile, cât şi dispoziţiile, ataşamentul şi dragostea; precum şi sentimentele valorice, corelate cu frumosul şi binele. Se pare însă că ataşamentul e unul dintre nivelele bazale ale afectivităţii. Iar acest nivel implică intens sinele.

- (Profesorul P.) Am menţionat şi cu altă ocazie ce importanţă are pentru psihismul omului modul său de relaţionare interpersonală, ce se desfăşoară între intimitate şi fuziunea intersubiectivă din dragoste pe de o parte; şi distanţare sufletească faţă de alţii, pe de altă parte. Ceilalţi, ce pot apărea ca duşmani, sau ca fiinţe indiferente. Afectivitatea interpersonală ce se desfăşoară pe acest ax, pornind de la ataşamentul intim şi exprimându-se în toate nuanţele prieteniei şi generozităţii, e diferită de afectivitatea emoţiilor şi de cea a dispoziţiilor euforice, anxioase sau depresive. Probabil ca în cazul t.p. se identifică un deficit şi în acest sector, al afectivităţii relaţionale, centrată de ataşament şi dragoste. Aş mai vrea să remarc că tulburările de personalitate, aşa cum sunt ele studiate în psihopatologie, utilizează un înţeles relativ restrâns al conceptului de personalitate. E drept că şi psihologia actuală a persoanei nu are în vedere o conceptualizare suficient de largă, deoarece trebuie să se rezume la ceea ce poate fi cercetat

empiric. În perspectivă antropologică însă, conceptul de personalitate, de persoană conştientă, centrată de sine, este unul amplu.

Dacă am vrea să privim ansamblul psihismului persoanei conştiente, centrat de sine, am putea spune în rezumat următoarele. El se înrădăcinează în sinele minimal înscris în corporalitate şi se afirmă prin ancorarea în situaţiile problematice actuale, în proiecte şi preocupări de durată. Acestea, la rândul lor, sunt învăluite de instanţa metareprezentaţională, a evaluării şi autocontrolului; care, se articulează cu sinele narativităţii. Iar mai departe, cu cel al identităţii biografice. Sinele persoanei socio-valorice ghidat de norme şi valori, încununează această structură. Întreg acest edificiu, care poate fi descifrat la o analiză spectrală a persoanei, stă în spatele manifestărilor fireşti ale fiecărui om în viaţă sa de zi cu zi, ghidată de simţul comun. Conştiinţa şi stima de sine, conştiinţa morală şi angajarea spirituală a subiectului, gravitează în jurul acestei identităţi a sinelui. Care e, în acelaşi timp, axul cunoaşterii şi reprezentării lumii. Lume ce se afirmă acum ca o lume personală, organizată după liniile de forţă ale unor convingeri şi credinţe, prin care subiectul se articulează cu socio-cultura în care există.

- (Eugen) Faţă de o caracterizare aşa de amplu faţetată a persoanei umane, filozofii n-ar avea decât un mic adaos de făcut. Persoana umană e sediul unei conştiinţe reflexive care exprimă ceva general uman, « eul generic » cum se exprima Kant, sau « egoul transcedental » la Husserl.

- (Sorina). Sociologii ar fi atenţi şi ei la această întelegere multistratificată a persoanei umane, mai ales că ea permite o interpretare a articulaţiilor sale cu societatea şi cultura. Influenţa modelatoare a mamei, familiei, educatorilor şi persoanelor de interacţiune nemijlocită, e dublată de intervenţia eroilor de poveste, de naraţiune ca finţe cvasireale. Şi a

modelelor ideale pe care cultura le afirmă şi le promovează. Părinţii şi educatorii sunt un prim vehicul al acestui univers plin de imagini vii. Apoi, astfel de imagouri culturale sunt exprimate şi de religie de mituri, de legende şi literatură. Practic, intră în joc toţi eroii şi toate arhetipurile care se reliefează pentru subiect în cadrul unei socio-culturi. Direct sau indirect - de cele mai multe ori indirect - aceştia învăluie şi influenţează, printr-o atmosferă specifică – ca nişte "îngeri" ascunşi - structurarea idealului de sine al persoanei şi modelele sale comportamentale.

- (Eugen). În legătură cu importanţa naraţiunilor ce conţin eroii şi care pot influenţa formarea şi funcţionarea socio-morală a persoanei, e interesantă şi cartea lui McIntyre. (**5**)"Tratat de morală. După virtute". Virtuţile au fost, aşa cum s-a amintit o tradiţională modalitate de caracterizare morală a oamenilor, de la Aristotel până în prezent. Înţelese ca excelenţe în anumite domenii ale practicilor, virtuţile se impun însă colectivităţilor şi devin educative, modelatoare, în primul rând prin naraţiuni. Prin epopei istorice de tipul Iliadei şi Odiseei. Ulterior, şi alte forme de naraţiuni publice, inclusiv literatura beletristică, a susţinut aducerea în scenă a virtuţilor, ce participă la modelarea caracterelor. Dar există şi o narativitate privată, ce se desfăşoară în interioritatea subiectului, în raport cu sine şi ambianţa curentă a vieţii de zi cu zi. Fiecare om îşi narează continuu viaţa. Şi tot timpul alţii povestesc despre el.

- Fiind aşa de complex, conceptul de sine, înţeles ca ax al persoanei conştiente, va ajunge oare în viitor să fie luat în considerare, în efortul de studiere şi înţelegere a t.p. şi a stărilor psihopatologice în general?

- Probabil că da. De fapt, însuşi felul în care DSM-III-IV a abordat psihopatologia prin diferenţierea între axa I şi axa II a sugerat o distincţie între sinele actualităţii trăite, al proiectelor şi preocupărilor pe de o parte ; şi

sinele structural al identităţii biografice şi personale pe de altă parte. Psihopatologia funcţionează în acest caz ca un stimulent pentru studierea multifaţetată a sinelui, sprijinind cercetarea psihologică şi general antropologică. Ea îşi manifestă valenţele de experiment natural, care provoacă, stimulând gândirea şi cercetarea oamenilor, privitor la infrastructura persoanei conştiente. Doctrinele evoluţioniste şi developmentale contribuie şi ele fundamental la conturarea problematicii sinelui. (**6**)Ceea ce pare a fi încă insuficient abordat în acest domeniu e articularea cu universul culturii. Fapt important, deoarece evoluţionismul nu se poate opri în marginea istoriei culturale a omului. Iar în cadrul acesteia se impune ca fundamentală instanţa logosului, a structurilor practico-teoretice, a valorilor, a ceea ce cultura Europei a comentat drept conştiinţă. De aceea e util să se urmărească şi faptul cum naraţiunile, eroii de naraţiune, intervin efectiv în modelarea şi viaţa oamenilor “în carne şi oase”. Domeniul în care metamorfozele istorice ale tehnologiei logosului se pare că au şi ele un cuvânt de spus.

- Dar, cu aceasta intrăm în universul istoriei.

- Desigur, nu putem decât să ne îmbogăţim cu o excursie în acest tărâm.

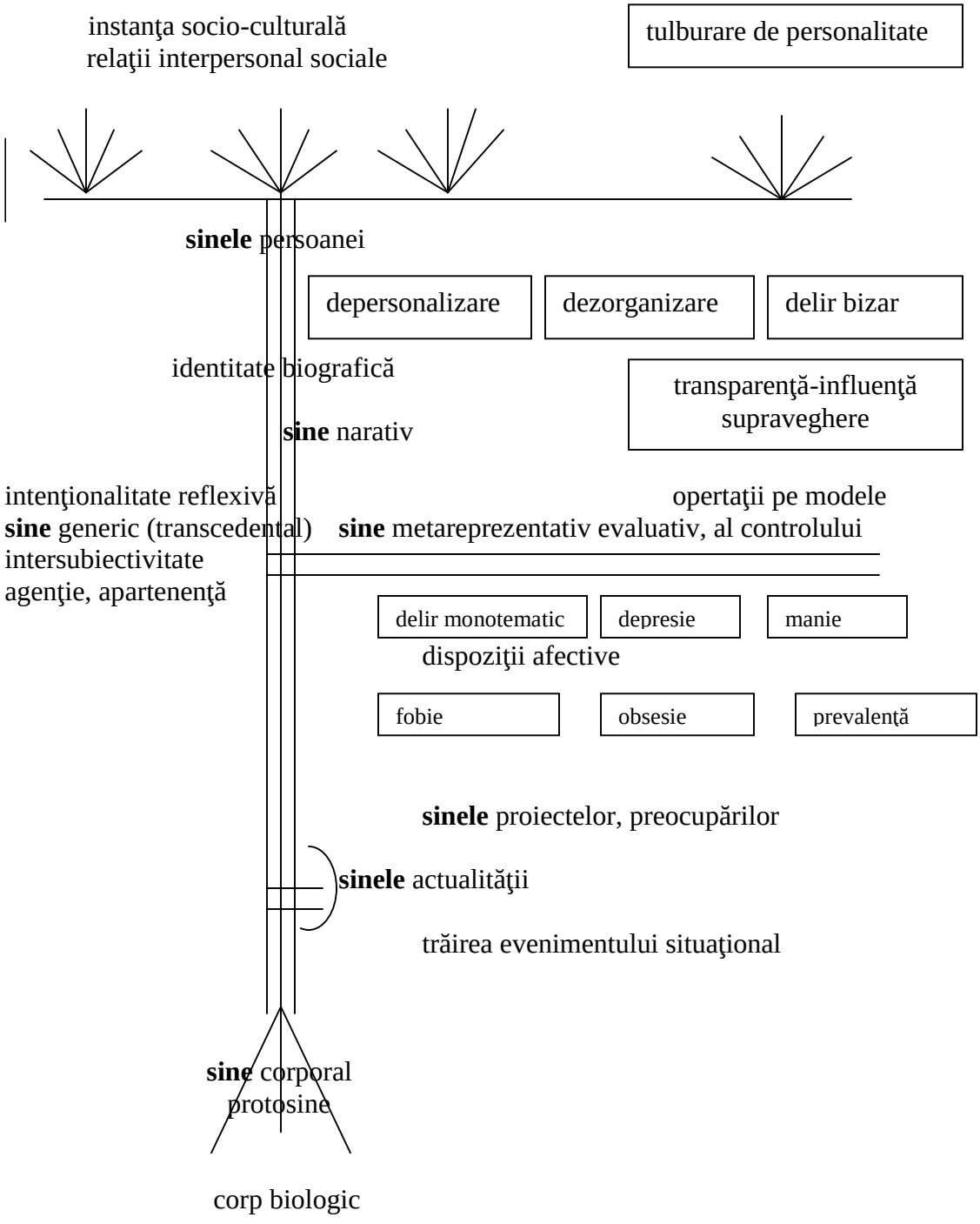
per

Chenar 46

Tulburarea de personalitate

Relaţii interpersonale disfuncţionale persistente, în variate situaţii şi în raport cu diferite persoane

Nerespectarea normelor sociale : cutume, legi, norme morale, deficienţe afective, cognitive, de autocontrol



Capitolul VIII Note şi Bibliografie

1. Tulburarea de personalitate – t.p. – a devenit o preocupare efectivă a medicinei psihiatrice în sec.XX, după deschiderea spre viaţa comunitară a psihopatologiei, pe care a realizat-o doctrina reacţiilor comprehensibile anormale ale lui Jaspers. Cazuri de personalităţi cu un comportament aberant, amoral şi transgresând grav normativitatea socială, au fost identificate şi descrise tot timpul, mai ales în marginea delicvenţei. Dar legătura a rămas speculativă, ca în cazul relaţiei între geniu şi nebunie. Doctrina degenerescenţei de la sfârşitul sec.XIX a grupat ceva mai ţintit această cazuistică în jurul psihiatriei prin eticheta franceză de *dègenerés souperiores*, prin criminalul înnăscut a lui Lombrozo şi prin *psihopatia sexualis* alui Kraft Ebing. S-au descris de asemenea o serie de „constituţii morbide" care aveau „stigmate" ereditare ce predispuneau spre anumite boli psihice. La începutul sec.XX o parte dintre histerici şi psihasteni intrau în această grupă. Kraepelin, în Tratatul său, a descris de asemenea persoane psihopate cu înclinaţie consistentă spre delicvenţă şi comportament dissocial. El menţiona : mincinosul patologic şi excroc, criminalul impulsiv şi cel profesional, vagabondul morbid etc. În această atmosferă apare cartea lui Schneider, scrisă iniţial ca un capitol în Tratatul lui Assaffenburg.

103. Schneider K., (1950), Die Psychopatischen Persönlichkeiten, 9 Aufl.Deuficke Wien

Schneider continuă viziunea lui Jaspers dar într-un domeniu pe care acesta nu-l abordase. Pentru Jaspers personalitatea era o dimensiune maximală a subiectului conştient, sinteza existenţei acestuia, ceva în sensul ideilor infinite ale lui Kant; deci, nu se putea aplica psihopatologiei. Psihopatologii clinicieni au abordat-o totuşi, pornind de la tradiţia temperamentelor şi a funcţiilor sociale ale persoanei. Schneider a beneficiat şi de bunele relaţii cu filozoful Max Scheller, care era de orientare fenomenologico personalistă, interesat de afectivitate interpersonală şi de persoană în general. Dar tocmai această trimitere la personalism l-a reţinut pe Schneider să accepte un statut bio medico psihiatric complet pentru psihopat.

Abordarea lui Schneider s-a conjugat cu tema reacţiilor comprehensive conducând la un program sistematic de studiere a „micii psihiatrii" în psihopatologia germană a primei jumătăţi a sec.XX. La un capăt erau *reacţiile anormale* ce rezultă din trăiri deosebite (erlebnissreaktion). La celălalt, psihopatul, care are anumite sensibilităţi reactive crescute. Între aceşti doi poli se plasează : - creşterea sensibilităţii reactive prin cumularea în timp a unor trăiri psihotraumatice; - vulnerabilizarea recentă prin cumul de factori psihici nocivi (epuizări, eşecuri, perioade de viaţă); - faze particulare a psihobioritmurilor endogene. Această analiză, care avea în vedere şi personalităţile particulare şi nu doar cele grav psihopatice, s-a încheiat odată cu finalul psihopatologiei clinice germane după Al Doilea Război Mondial. O ultimă lucrare de sinteză este :

104. Petrilowitsch N. (1960), Abnorme Persönlichkeiten. Ed.Karger, Basel

Orientarea în direcţia sociopatiei a preocupat autori ca Birnbaum, Partridge, Henderson, ea culminând cu lucrarea lui Cleckley din 1941.

105. Cleckley H. (1941), The Mask of Sanity, Ed.Henry Kimpton, London

Caracterizarea făcută de Cleckley psihopatului e pregnantă, conţinând însă o multitudine de itemi pe care ulterior Hare (1986) i-a operaţionalizat, construind apoi o

listă cu 22 dintre aceştia, pe baza căreia a elaborat un instrument de diagnostic PCL-R (Psychopathic Checklist Revised – 1992). Itemi din această listă au fost divizaţi şi validaţi de către Harpur şi Hafskion în 2 factori principali : 1 – trăsături pe care psihopatul le relevă în timpul interviului şi 2 – manifestări care rezultă din dosarul său. Cu acest instrument s-au realizat majoritatea cercetărilor privitoare la psihopatie.

Dintre principalele lucrări privitoare la tulburările de personalitate din ultimul timp menţionăm:

106. Lăzărescu M., Nireştean A (2008), Tulburările de Personalitate, Ed.Polirom, Iaşi
107. Cloninger C.R. (2004), Feeling Good, Oxford University Press
108. Cloninger C.R., Przybek T.R., Svrakic D.M. (1994), The temperament and character inventory (TCI), St.Luis, Washington
109. Hare R.D. (1986), The Hare Psychopathy Checklist, Multi Health System, Toronto
110. Livesley W.J. (ed) (2001), Handbook of Personality Disorders, Guilford Press, New York
111. Livesley W.J. (2003), Personality Disorders : A practical Approach, Guilford Press, New York
112. Millon, Th. (2004), Personality Disorders in Modern Life, John Willey & Sons, Hoboken, New Jersey
113. Oldham J.K., Skodel A.E., Bender D.S. (Eds), Textbook of Personality Disorders, American Publishing, Washington DC
114. Tyrer P. (ed) (2000), Personality Disorders, Diagnosis, Management and Course, Butterworthhand, C.Weight
115. Millon T., Simonsen E. et all. (1988), Psychopathy, The Guilford Press, New York
116. Strack St. (ed) (2005), Handbook of Personology and Psychopathology, John Willey & Sons, Inc
117. Krueger R.E., Tackett J.L. (Eds) (2006), Personality and Psychopathology, The Guilford Press, New York, London
118. Nireştean A. (Ed.), (2004), Tulburările personbalităţii, Ed. Mureş, Tg.Mureş (Culegere de sinteze în domeniul tulburărilor de personalitate editată de către autor anual din 2004 până în 2012)

2. Diferenţierea făcută în DSM-III între Axa I a episoadelor tranzitorii în care se manifestă sindroame psihopatologice şi Axa II a terenului personalistic constant, în care se include şi t.p., a condus la studierea corelaţiei între aceste două axe, a „comorbidităţii" sau „coocurenţelor". Problema a apărut deosebit de complexă, deoarece se ridică concomitent problema comorbidităţilor pe fiecare din aceste două Axe; apoi, cea dintre Axa I şi Axa II; şi în sfârşit corelaţiile între tipologia t.p. şi trăsăturile normale de personalitate ce pot fi identificate cu instrumente pregătite pentru personalităţile normale. O sinteză în această direcţie s-a realizat prin studiile echipei lui Krueger (2003).

119. Krueger R.F., Tackett J.L. (2003), „Personality and psychopathology; working toward the bigger picture", Journal of Personality Disorders, 17 (2), 109-128

Problema acestor relaţii e abordată în ultimii ani în perspectiva „spectrelor maladive". Acestea se referă la caracteristicile populaţiei ce gravitează genetic în jurul unei persoane ce prezintă o formă definită de tulburare psihică, dar luându-se în vedere şi formele uşoare, subclinice şi caracteriale. Ideea spectrului maladiv s-a dezvoltat cu privire la tulburarea bipolară, autism, TOC, schizofrenie etc. Deşi doctrina nu e precis şi univoc circumscrisă, ea are în vedere: - identificarea la o persoană a unei tulburări definite, în formele sale de manifestare clinică de diverse intensităţi; dar şi cu înregistrarea formelor uşoare şi subclinice. De ex. în tulburarea bipolară a ciclotimiei, a stărilor hipomaniacale şi subdepresive scurte ce apar în unele împrejurări, eventual declanşate de medicaţie; se mai ţine seama structura caracterială, de temperament : hipertim, depresiv, ciclotim şi de frecvenţă crescută a tentativelor suicidare, eventual de t.p. borderline. Toate aceste aspecte se evaluează de-a lungul întregii vieţi, din prima copilărie şi până la vârsta adultului. Şi la fel, toate aspecte aspecte se evaluează şi la rudele de gradul întâi. Uneori se ţine cont şi de tulburări asociate, care pot masca tulburarea de bază, de ex. alcoolismul, stări disforice şi anxioase periodice, comportamente impulsive periodice etc. Pe această cale se sondează prelungirea în normalitate a tendinţelor spre patologie de pe cele două Axe. În ultimul timp există interes şi pentru profesiile preferate în spectrul familiar; precum şi pentru alte manifestări : creative, delictuale etc. De exemplu în spectrul bipolarilor unele aspecte ale creativităţii pot fi crescute. Această preocupare actuală pentru "spectrul maladiv", exemplifică mai sus prin tulburarea bipolară, menţine interesul pentru aspectul de fond al personalităţii – temperamental, particular, anomal, psihopatic – în psihopatologia clinică actuală. În legătură cu spectrul bipolar menţionat mai sus citäm:

120. Akiskal H.S., Pinto O. (2002), The soft bipolar spectrum: footnotes to Kraepelin on the interface of hipomania, temperament and depression. In Marneros (2002 – 40), 37-62
121. Jamison K.R. (1993), Tuched with Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament, Free Press, New York

E interesant că până în prezent această amplă şi complexă abordare din perspectiva spectrelor a integrat doar parţial t.p. În cazul spectrului bipolar faptul ar fi de înţeles, de vreme ce nu e circumscris explicit o t.p. depresivă sau hipomanicală. Referinţe de t.p. borderline se face, dar nu cu insistenţa cu care sunt invocate temperamentele. Dar şi în cazul TOC, deşi e invocată t.p. – TPOC – ea e menţionată periferic în raport cu principalele directii de dezvoltare ale acestui spectru, care sunt 3: - spre patologia neurologică a ticurilor; - spre manifestările impulsive; - spre delirul monotematic somatic. În cazul schizofreniei, e invocată t.p. schizotipală; care însă e cotată de mulţi specialişti, mai ales de OMS, ca o formă frustă de schizofrenie. Un aspect interesant apare în spectrul autist unde la rude se pot întâlni manifestări ce corespund tradiţionalei t.p. schizoidă, care e propusă să fie scoasă din clasificarea DSM-V.

3. Teoria lui Baron-Cohen e abordată la acest nivel – şi dezvoltată în Anexa I – deoarece face parte din încercările actuale de a căuta identificarea unor „funcţii generale" pentru interpretarea dezvoltării şi manifestării psihismului uman. Clasicele descrieri semiologice au condus nu numai la simptome şi sindroame, ci şi la identificarea unor unităţi semiologice modulare, ce se regăsesc în anumite sindroame şi par a avea o bază

între o disfuncţie cerebrală – e.g. anhedonia, stuporul, expansivitatea, impulsivitatea etc. Tradiţia frenologiei, preluată de unele tendinţe ale neuropsihologiei actuale, susţin de asemenea unităţi funcţionale psihice care au baza în structuri cerebrale definite. În sfârşit, psihologia evoluţionistă a dezvoltat ideea modúlilor psihici adaptativi, care se structurează evolutiv şi se transmit genetic, actualizându-se în ontogeneză. Baron-Cohen, ca evoluţionist, a adoptat punctul de vedere modular în studierea felului cum se realizează la 3 ani funcţia de mentalizare ToM. El a indicat un număr de moduli care articulându-se progresiv, conduc la acest rezultat (a se vedea Anexa I). Dar, funcţia ToM e una globală, chiar dacă operează cvasimodular. Apoi, s-a demonstrat că buna sa instituire depinde şi de funcţia coerenţei centrale şi de funcţiile executive şi de dezvoltarea limbajului. În acest scenariu ontogenetic mai intervine şi ataşamentul. Încercarea lui Baron-Cohen e de a face puţină ordine în această textură de funcţii mai mult sau mai puţin generale; sau, care au diverse direcţii de manifestare concretă. El a fost izbit de faptul că o stare de indiferenţă afectivă se întâlneşte atât la autist cât şi la schizofren şi psihopat.

122. Baron-Cohen S. (2011), The Science of Evil, On Empaty and the origins of cruelty, Basic Books, New York

Din aceste perspective, sugestiile lui Baron-Cohen merită atenţie pentru dezvoltarea de modele ulterioare. În cele din urmă, funcţia sistematizării pe care el a evocat-o, e extrem de importantă în analiza obsesionalităţii şi a dezorganizării schizofrene, domenii în care autorul nu se aventurează.

4. Cartea vizionară a lui McIntyre, ce a fost menţionată şi în Cap.II, a rămas un reper pentru tema narativităţii ce defineşte persoana umană.

123. McIntyre A. (1998), Tratat de morală. După virtute. Ed.Humanitas, Bucureşti

În mod explicit, comentariul autorului se referă la tema virtuţilor. Perspectiva narativă are însă pentru psihologia persoanei variate arii de aplicare, dintre care o parte au fost menţionate. Autonarativitatea evaluativă, potenţială şi reală, e importantă nu doar pentru structura identităţii biografice; şi, în marginea ei a problemei virtuţilor. Ea e importantă şi pentru circumscrierea însăşi a actualităţii trăite, a prezentului subiectului ce se raportează la lume; şi care a fost circumscris (Cap.V) ca: angajare în rezolvarea unei situaţii problematice, cu conştiinţa că aceasta poate fi relatată. Iar trăirea prezentului defineşte sinele nuclear al actualităţii, prin care se desfăşoară întreaga viaţa normală a oamenilor, la nivelul vieţii de zi cu zi şi a simţului comun. În cadrul acestei vieţi, hetero şi autocaracterizările diurne, micile relatări şi comentarii evenimenţiale, constituie pânza de fond deasupra căreia se afirmă identitatea sinelui persoanei.

În lucrarea de faţă, narativitatea a mai fost constant invocată şi dintr-o altă perspectivă, cea a eroilor de ficţiune. Cu aceştia subiectul comunică în permanenţă, ei având valenţe de modele şi de parteneri. Acest lucru se petrece într-o continuitate a relaţionărilor intersubiective cu persoanele reale. Psihopatologia trebuie să ţină cont de complexitatea acestei structuri, mai ales în analiza delirului (Cap.IV).

Narativitatea evaluativă defineşte în mare măsură specificitatea logosului uman, deasupra comunicării situaţionale. Ea joacă un rol esenţial într-un eventual proiect de elaborare a structurii „memelor”.

5. Implicarea sinelui în t.p. a fost până în prezent cel mai amplu comentată de către Livesley, încă de la începutul anilor 90 ai secolului trecut. Deficienţe în identitatea

şi manifestarea socială a sinelui se înţâlnesc nu doar la t.p. borderline la care ele sunt menţionate explicit, ci şi la dependentă, evitantă, narcisică, histrionică, obsesiv compulsivă (care nu poate opta ferm pentru o soluţie). Autorul consideră că la baza t.p. e prezentă o disfuncţie dăunătoare (harmful) a achiziţiei structurii de bază a personalităţii ce vizează sistemul sinelui, relaţionarea interpersonală şi funcţionarea în grupe sociale. Disfuncţia sinelui, pe care o comentează autorul, se referă la : limitele difuze, lipsa unei clarităţi şi certitudini a sinelui, un concept de sine stabil, inconsistenţă şi fragmentare, lipsă de autonomie şi iniţiativă în acţiune, sens defectiv al sinelui. Sinele avut în vedere de Livesley reprezintă însă doar un nivel, cel al instanţei persoanei sociale, care se manifestă în viaţa de zi cu zi, în universul său intim şi public, ghidat de norme şi valori. Acesta este doar un aspect din ampla structură a sinelui, ce e comentată în diverse capitole ale acestei cărţi şi în anexe. Manifestările persoanei în viaţa curentă aşa cum ele receptate din exterioritatea socială. Fac corp comun cu ceea ce a fost comentat ca sine nuclear al trăirii actualităţii, al prezenţei situaţionale. În spatele acestei manifestări se plasează întreaga arhitectură a sinelui identitar, structurat între polul său corporal, biografic şi de identitate socială

6. Privind dintr-o altă perspectivă, care include ontogeneza primilor ani, sinele se structurează asimilând imago-urile altora, în sensul în care teoria ataşamentului a lui Bowlby a analizat formarea instanţei „internal working model”; iar psihanaliza a descris introjectarea imagourilor parentale şi a relativilor semnificativi. Subiectul se raportează la imagourile altora introjectaţi, înainte de a se raporta la oamenii reali pe care-i întâlneşte. În acest sens Benjamin a organizat o detaliată evaluare a raportărilor intrapsihice ale subiectului cu imagourile introjectate şi reprezentate; şi un proiect de terapie a t.p. O analiză sintetică a acestei viziuni se găseşte în:

> 124. Pincus A.P., Lukowitsky M.R., Wright A.G.C. (2010), The interpersonal Nexus of Personality and Psychopathology, in Millon Th, and all.

Capitolul al IX-lea

Istorie şi diversitate
Fişe pentru studierea nebuniei în diverse culturi şi epoci culturale

Modelul medical bazat pe disfuncţia cerebrală, care capturează la începutul sec. XXI tema tulburării mentale şi care este şi în prezent dominant, merită şi o abordare comparatistă.

După ce în primul tratat de psihopatologie Jaspers a argumentat că boala mentală este în mare măsură un construct cultural ce sintetizează experienţele, cunoştinţele şi concepţiile unei societăţi istorice, ideea a fost constant reluată. Dar fără o suficientă perspectivă critică retrospectivă, de tip arheologie culturală. Situaţia concretă a impunerii internaţionale a sistemului DSM III, utilizat în toată lumea nu doar pentru diagnostic ci şi pentru cercetare, a condus şi la critici. Acestea, inclusiv cele făcute de OMS, susţin că el e construit după modelul şi concepţiile occidentale asupra omului din ţările dezvoltate, având nevoie de filtre pentru a fi aplicabil în alte culturi.(1) Faptul a determinat introducerea în DSM IV (1894) a unui scurt Apendice cu un inventar al unor tulburări mentale particulare, descrise şi acceptate în diverse culturi actuale. Preocupările în această direcţie datează de mai mult timp. În sec. XX ele au făcut obiectul unor studii a celor preocupaţi de antropologie culturală, de istoria religiilor şi chiar de psihiatrie. Până şi Kraepelin, în ultima perioadă a vieţii sale, s-a ocupat de astfel de manifestări psihiatrice exotice. Iar unele tratate, cum e Enciclopedia Medico - Chirurgicală Franceză, au publicat articole substanţiale pe această temă.

Aspectul transcultural nu e însă singura perspectivă pentru o privire mai des-centralizatoare asupra nebuniei. De primă utilitate e abordarea istorică. Iar oferta documentelor existente merită avută în vedere, pentru a sesiza lărgimea evantaiului de fenomene umane din care s-a selectat direcţia actuală de abordare a tulburării mentale, centrată pe modelul medical bio-neurologic al cazurilor internate în spitalele de psihiatrie în ultimele decenii.

Renaşterea europeană este poate perioada cea mai propice pentru a demara meditaţia pe această temă. Ea are în spate cultura şi medicina greco-romană, care nu a ignorat nebunia. Şi care s-a transmis prin filieră arabă, împreună cu o anumită concepţie medico-psihologică despre om. Lecţia Renaşterii constă în primul rând în integrarea problematicii medicale în ansamblul spaţiului cultural, subliniindu-se astfel că zona antropologică pe care o abordează medicina e articulată, fără discontinuitate, cu existenţa curentă a omului în cadrul structurilor instituţionale. Precum şi cu zona antropologică a culturii si creativitatii. Felul în care romantismul va pune mai târziu problema relaţiei dintre geniu şi nebunie e unul abrupt, în raport cu peisajul nuanţat ce-l oferă Renaşterea.

Studierea drumului nebuniei şi al nebunilor, împreună cu instituţiile lor adiacente, până la varianta din zilele noastre, este important pentru oricine nu uită lecţia evoluţionistă. Conform căreia, noile structuri ce apar păstrează în adâncime câte ceva din ceea ce au depăşit şi integrat. Fapt exemplificat deobicei prin aceea că ontogenia repetă filogenia.

Înainte de a ne apleca asupra nebuniei în Renaştere, merită amintită pe scurt tema psihiatriei transculturale actuale.

- Fişe pentru tema psihiatriei transculturale cu punct de plecare în Anexa I din DSM IV TR

a) Amokul. Constă dintr-un episod disociativ care se declanşează după o perioadă de preparare, manifestându-se printr-o izbucnire violentă, agresivă, orientată spre obiecte sau persoane, uneori ducând la homicid. De obicei se desfăşoară prin deplasare, vorbindu-se de „cursa de amok".

Pare a fi precipitat de o insultă sau atitudine dispreţuitoare, apărând mai ales la bărbaţi. Deseori se însoţeşte de idei persecutorii, automatism, amnezie, epuizare. După manifestare urmează o revenire completă la starea iniţială. A fost identificat iniţial în Malaiezia, apoi în Laos, Filipine, Polynezia, Papua Noua Guinee, Puerto Rico etc.

Notă. Într-un articol clasic din Enciclopedia franceză (Ethno-psychiatrie, EMC, 37725, A 10, Paris, 1965), Ellemberger prezintă un comentariu mai detaliat privitor la "cursa de amok". Ea este interpretată ca un echivalent ritualizat al comportamentului războinicilor care pe câmpul de luptă declanşează o „furie sfântă"; şi, lansându-se în mijlocul duşmanilor, omoară cât mai mulţi dintre aceştia, înainte de fi şi ei omorâţi. Iar cei rămaşi îi fac un mormânt frumos, ca unui erou. Tavernier descrie (1717) în Batavia crize de "Mecca" la mahomedani, mai ales la cei ce au fost în pelerinaj la Mecca. Şi care, în cursul unei crize de amok, omoară câţi nemahomedani întâlnesc. Ar fi vorba deci de decontextualizarea unui comportament războinic eroic, de autojertfire.

Modelul unei dezlănţuiri furioase în luptă, prin care individul se lansează într-un comportamente cu mare risc, a fost cunoscut şi menţionat peste tot. Poate fi invocată furia lui Achile, cursa lui Turnus din Eneida, "furor teutonicus" şi, în general, "furor eroicus" războinic.

Corelativ acestui comportament se poate menţiona istoria războinicilor nordici (scandinavi, germani) besesserki. Unii dintre aceştia, în ajunul luptei, trăiau experienţa transformării într-un animal feroce (lup, urs) şi se comportau ca atare, cu manifestări expresiv-comportamentale „bestiale", faptul contribuind la şansa de succes în confruntare. Cu aceste predispoziţii şi obiceiuri, în afara războiului deveneau un pericol pentru populaţie. Fenomenul s-a stins odată cu progresul ideologiei creştine a iubirii şi modificarea de ansamblu a stilului de viaţă a populaţiei respective.

Încă un fapt de reţinut ar fi acela că această cursă de amok, care în război se termina de obicei cu moartea eroului, dată fiind superioritatea

numerică a duşmanului, se termină astfel şi în viaţa civilă. Desigur, dacă comportamentul criminal nu poate opri fi altfel. Rezultă interpretarea fenomenului ca un suicid indirect, corelat cu uciderea altora. Într-o nuvelă de Capek, un tâlhar care vrea să moară, fiind bolnav de cancer, dar neavând curajul suicidului, pleacă într-o cursă în care omoară poliţişti. În cele din urmă aceştia îl ucid, pentru a opri masacrul. Problema, astfel pusă, poate fi comentată şi în legătură cu atentatele teroriste suicidare actuale.

b.$_1$.)Astenia cerebrală (Brain fag). Este o condiţie acuzată de studenţii la înalte studii (din West Africa) în relaţie cu efortul şcolar. Simptomele includ: tulburări de concentrare, de rememorare şi gândire. Subiecţii se plâng de faptul că au "creierul obosit", de simptome localizate în zona capului şi gâtului, de dureri în corp, tensiune, înceţoşarea privirii, tristeţe, anxietate, toate corelate cu "excesul de învăţătură".

b.$_2$.)"Shenjing shuairon" (Neurastenia). În China, e o condiţie corelată cu sentimentul de oboseală fizică şi mentală, cefalee şi alte algii corporale, dificultăţi de concentrare şi de somn, probleme sexuale, iritabilitate, excitabilitate şi simptome neurovegetative (e inclusă în Clasificarea chineză a bolilor).

b.$_3$.)Shen-K' - uei" (Taiwan) – "Shenkui" (China). Constă din: anxietate, panică, ameţeli, fatigabilitate, slăbiciune generală, insomnie, frecvente vise şi plângeri privitoare la disfuncţii sexuale. Simptomele sunt atribuite pierderii excesive de sămânţă prin relaţii sexuale frecvente, masturbaţie, poluţie, polakiurie (cu credinţa că se elimină astfel spermatozoizii). Subiectul e convins că îşi pierde esenţa vitală.

b.$_4$.)Dhat. Un diagnostic popular în India (cu echivalenţe în Sri Lanka şi China), cu referinţă la un sentiment de slăbiciune, epuizare, anxietate, hipocondrie, corelat cu convingerea că sămânţa se scurge prin urină.

Notă Sindroame asteno-anxioase, corelate unui deficit, unei pierderi energetice, au fost la rang înalt şi în psihiatria occidentală timp de peste 100 ani, gravitând în jurul conceptului de neurastenie al lui Beard (în România, acest diagnostic a fost dominant mult după jumătatea sec. XX). Fixarea problematicii astenice pe diverse zone corporale, cum ar fi zona cerebrală sau sexuală, a avut şi ea carieră în medicina occidentală, moştenirea concentrându-se în sindroamele somatoforme. Totuşi, medicina orientală pune un accent mai mare pe energetism decât cea europeană recentă. În Europa, punctul de plecare doctrinar pentru patologia astenică a fost filosofia lui Main de Biran de la începutul sec. XIX, asupra efortului psiho-corporal. Iar ulterior ea a rămas corelată cu înţelegerea instrumentală a corporalităţii în acţiunea realizatoare. De reţinut că un sindrom astenic general a fost şi este subliniat în psihopatologia europeană şi în corelaţie cu schizofrenia, în cadrul formelor simple, paucisimptomatice; sau ca stare defectivă reziduală a acestei boli. În această direcţie, care asimilează şi cenestopatiile, s-a orientat în analiza schizofreniei şi şcoala din Bonn. Iar mai recent, fenomenologia lui Stanghelini, reinterpretând concepţia aristoteliană a „simţului comun" corporal şi social.

c) Koro. E un termen malayesean care se referă la o trăire angoasantă referitoare la faptul că penisul e absorbit în abdomen. Situaţie ce ar conduce la moarte (vulva la femei). Se utilizează mai mulţi termeni în China şi Thailanda, fenomenul manifestându-se uneori în stil epidemic (tulburarea e inclusă în clasificarea oficială chineză a tulburărilor mentale).

Notă. Aspectul paroxistic angoasant sugerează atacul de panică, dar cu o particulară valorizare a semnificaţiilor schemei corporale. În atacul de panică occidental, conturul corporal nu e afectat. El e pus în cauză în tulburări cronice ca dismorfofobia, anorexia, contaminarea din obsesie şi deformările din depersonalizarea corporală schizofrenică. Tema e interesantă pentru diferenţele culturale normale în perceperea simbolică şi interesul pentru variate părţi ale corpului.

d.$_1$.)"Ghost sickness". O stare de rău raportată în unele triburi de indienii americani, atribuită stafiilor, constând în teamă, scăderea apetitului, ameţeli, anxietate, halucinaţii, pierderea conştiinţei, confuzie, sufocare; uneori sunt implicaţi vrăjitorii.

d.$_2$.)“Rootwork”. O stare de rău ce e atribuită vrăjitoriei, influenţei diavolului sau altei persoanei, ce constă dintr-o anxietate generalizată cu simptome gastrointestinale, slăbiciune, ameţeli, frica de a fi otrăvit sau omorât (moarte, “voodoo”). Acţiunile sunt mediate de blesteme, formule magice, farmece cu rădăcini de plante, toate necesitând apelul la un vindecător specializat în vrăji.

d.$_3$.)“Shin-byung” (Korea). Un sindrom caracterizat prin anxietate, acuze somatice variate, ameţeli, anorexie, insomnie, condiţionat de posesiunea spiritelor ancestrale.

d.$_4$.)“Speld”. O stare de transă în care individul comunică cu rudele decedate sau cu spiritele; în timpul comunicării, personalitatea e schimbată; afroamericanii din SUA ce trăiesc aceste stări nu le consideră boli.

d.$_5$.)”Zar”. Persoana, posedată de un spirit, poate trăi stări disociative comportamentale: râde, se loveşte cu capul de corpuri dure, cântă; apoi poate fi apatic, retras, inactiv. Sau poate dezvolta o relaţie mai îndelungată cu spiritul ce-l posedă. Se întâlneşte în Etiopia, Somalia, Egipt. Sudan, Iran şi în alte părţi din nordul Africii şi Orientul Mijlociu.

Notă Credinţa în spirite şi coabitarea cu spiritele are o lungă tradiţie şi în istoria Europei. Problema merită comentată separat.

e.$_1$.) “Latah”. Hiperreactivitate la trăirea unei spaime neprevăzute, însoţită de ecopraxie, ecolalie, supunere la comandă şi comportament disociativ, de transă. Cuvântul latah e indonezian, dar fenomene similare se întâlnesc pe o arie largă, cu diverse denumiri în Siberia, Japonia, Filipine.

Notă Fenomenele de ecou psihic au fost comentate în psihopatologia descriptivă europeană în cadrul sindromului cataton, între stupor şi agitaţia stereotipă. Actuala reconsiderare evoluţionistă a acestui sindrom asigură o mai bună comprehensiune şi pentru fenomenele de ecou, în cadrul modelului

de apărare prin sumisiune. Agresorul e inhibat de sumisiunea totală. Fenomenele de ecou se articulează strâns cu supunerea faţă de un agresor şi/sau dominator. În prezent fenomenele de ecomimie si ecopraxie pot fi mai clar înţelese prin activarea "neuronilor oglindă", care au sub control în propriul creier aceleaşi arii motorii ca cele implicate în conceperea şi execuţia motrică a interlocutorului. Fenomenele de supunere totală din fascinaţie şi de hipnoză ţin de aceeaşi arie problematică. Iar în cursul personogenezei, ansamblul problematic al imitării adultului de către copil se plasează la acelaşi nivel.

e.$_2$.)"Taijin kyofusho" (Japonia). O frică intensă a individului că propriul corp sau părţi ale acestuia vor deranja – sau agresa – pe alţii, într-o viitoare apariţie publică, prin aparenţă, miros, expresie facială.

Notă În DSM IV TR se face observaţia pertinentă că sindromul se apropie de fobia socială; dar, se pare, şi de dismorfofobie.

e.$_3$.)"Locura", Mal de ojo ("ochiul diavolului" – "deochi"). E o stare anxioasă ce atinge mai ales copiii şi femeile, cu tulburări de somn, strigăte, diaree, vomă. Comentat în ţările mediteraneene, dar nu şi în restul lumii.

Notă Faptul că prin privire se poate face rău cuiva, mai ales copilului, se articulează, desigur, cu rolul major pe care contactul vizual cu mama îl are în cursul ontogenezei, prin privirea împărtăşită şi întreg limbajul privirii, care-l precede pe cel verbal. Şi care joacă un rol esenţial în constituirea capacităţii de mentalizare, de a "ghici gândurile altuia" doar prin simpla privire. Studierea rolului esenţial pe care îl are privirea în personogeneză şi comunicare e un câştig consistent al psihologiei developmentale din ultimul deceniu. Comunicarea interpersonală se realizează de-a lungul vieţii în mare măsură prin privire. Aceasta poate exprima: dominare şi control, denigrare, suspiciune, agresivitate etc.

f)„Susto". E o tulburare bulversantă atribuită faptului că sufletul părăseşte corpul; subiectul resimte o schimbare în viaţa sa socială şi pericolul morţii. Apar: tulburări de apetit, de somn, tristeţe, lipsa de motivaţie pentru orice, stare de rău subiectiv, dureri difuze, diaree; dorinţa şi

efortul este ca sufletul să se întoarcă în corp. Ceea ce şi încearcă vindecătorii populari. Se întâlneşte mai ales în America Centrală.

Notă. Dihotomia suflet-corp este de obicei comună în cultura populară şi impregnează mentalitatea indivizilor. Despărţirea sufletului de corp e postulată şi de religia creştină, ca petrecându-se în momentul morţii. Probabil că tot ceea ce e comentat ca psihopatologie a sindromului de depersonalizare poate fi discutat şi ca o „pierdere a sufletului”.

g)Nervios. Se manifestă mai ales la latinoamericanii şi grecii din SUA, după experienţe stresante, manifestându-se prin: iritabilitate, plâns facil, tremor, ameţeli, cefalee, tulburări gastrice.

Notă De fapt, un om “nervos” se comportă astfel, spre deosebire de un om calm, autocontrolat sau relaxat. Reactivitatea extrovertă marcată a popoarelor latine îşi poate pune amprenta pe aceste cazuri.

Comentariu privitor la psihiatria transculturală

Interpretarea nebuniei ca datorându-se unei relaţii particulare cu spiritele a fost răspândită în foarte multe culturi. Această concepţie a posesiunii a fost o paralelă cu credinţa în existenţa spiritelor. În cazul stărilor psihopatologice, e vorba doar de un mod special de relaţie cu acestea, care perturbă identitatea personală, controlul ei şi sinteza psihică. Omul posedat de un spirit se schimbă, nu mai e ca înainte, nu mai e stăpân pe voinţa şi vorbirea sa, nu o mai poate controla, intră în dezordine. Interpretarea nebuniei prin posesiune era răspândită în lumea greco-romană, în paralel cu interpretările medicale hipocratico-galenice, cel puţin la unele populaţii. In epoca elenistică, Iisus întâlneşte mulţi posedaţi din care scoate diavoli, după tehnici de exorcism recunoscute pe atunci, cum ar fi mutarea lor într-un animal care e apoi alungat. Exorcismul a fost preluat de biserica creştină şi utilizat până în zilele noastre. Spiritele negative, inclusiv diavolul, se concretizează în valenţe morale negative, în cultivarea instinctivităţii animalice, în desocializare (a se vedea expresia românească de „nefârtate"), în pierderea limitelor („împieliţatul") şi mai ales în haos şi dezordine.

Aspecte particulare apar în cazul relaţiilor cu spiritele rudelor decedate, care pot fi şi invocate. În multe cazuri se pune problema unei legături afective puternice şi a identificării cu defunctul. Credinţa în strigoi şi vârcolaci se corelează cu problema în discuţie. Credinţele populare balcanice consideră că există oameni – vârcolaci din naştere sau ajunşi astfel prin diverse accidente - care au un comportament anormal în cursul vieţii, în sensul aviditătţii de sânge. Iar unele persoane au doar o moarte parţială, susţinându-şi supravieţuirea prin obţinerea, sugerea intermitentă de sânge proaspăt. Alt caz particular e cel al identificării sau transformării omului în animal, de ex. în lup, sub forma licantropiei, fenomen corelat cu mitologii şi legende locale. Mitologia războinică a cultivat tema adoptării temporare a identităţii unui animal feroce în cursul luptei, a unui carnivor, fapt ce sporea vitejia, ducând la decimarea duşmanului. Identificarea cu zona supranaturală populată de zei e mai puţin comună pentru nebunia clinică. Dar ea merită reţinută deoarece se înscrie în fenomenologia practicilor extatice. Privitor la fenomenul „pierderii sufletului", nu trebuie ignorată „acedia" călugărească, corelată pierderii contactului cu Dumnezeu, care se inseră şi în patologia depersonalizării.

Manifestările ce rezultau din posesiunile demoniace pot fi comentate şi în perspectiva entităţilor psihopatologice moderne. Astfel, pot fi aduse în discuţie unele aspecte ale obsesionalităţii, manifestate prin trăiri

blasfematorii şi spovedanii scrupuloase. Precum şi cele ale crizelor isterice şi ale dublei personalităţi. De asemenea, pot fi invocate unele modalităţi delirante monotematice de posesiune şi modificare a identităţii. Aspectul cel mai interesant pentru modernitate se referă însă la patologia depersonalizării, pregătită de dedublarea pe care o reprezintă posesiunea. E în discuţie acum identitatea personală, problema sintezei sinelui. Temă pe care o reîntâlnim azi în psihopatologia schizofreniei.

Nebunia în cultura Renaşterii

Felul în care a fost abordată şi s-a manifestat nebunia – deci, ceea ce noi în prezent denumim tulburarea mentală - în perioada Renaşterii, capătă interes mai ales dacă este abordată prin contrapoziţie faţă de epoca modernă, în care ea este cantonată la cazuistica medico-psihiatrică. Deci, la modelul medical ce-şi caută explicaţii şi soluţii doar la nivelul creierului. În Renaştere, nebunia era o realitate şi o temă socio-culturală. Cazurile concrete de deficienţi şi tulburaţi mentali erau recunoscute de comunitate şi parţial tolerate. Nebunii au devenit deranjanţi în oraşele înghesuite, astfel încât administraţia urbană a burgurilor se pare că organiza „pierderea" acestora cu ocazia participării la târguri. Iar mitul „corabiei nebunilor" s-a născut, desigur, dintr-o astfel de atitudine rejectivă. Pe de altă parte, ştiinţa medicală, ce s-a predat foarte devreme în universităţile noi înfiinţate, nu a ignorat nici ea nebunia, preluând din tradiţia antichităţii concepte ca melancolia, mania şi frenetis. Pentru melancolie a persistat interpretarea umorală a predominării bilei negre. Dar cu adăugările aduse de elaborarea hermetică şi astrologică a universului imaginar. Operaţiunile imaginare cu fantasme ajung în această perioadă să domine preocupările învăţaţilor cu aceeaşi intensitate cu care se afirmau sofiştii pe vremea lui Socrate.

Chenar 47

Boala de dragoste, amor hereos, posibil mortală, care bântuia la începutul Renaşterii, în perioada trubadurilor şi a fenomenului „amor courtois”

Etiologia (bolii amor hereos) cea mai completă se găseşte în secţiunea „De amore qui hereos dicitur”, din „Lilium medicinae” a doctorului Bernard de Gordon (1258-1318), profesor la Montpellier: „Boala numită hereos este o angoasă melancolică pricinuită de o iubire pentru o femeie. Cauza acestei afecţiuni rezidă în conruperea facultăţilor de estimare printr-o formă şi o figură ce au rămas foarte puternic imprimate în ele. Când cineva se îndrăgosteşte de o femeie, se gândeşte peste măsură la forma, figura şi la felul ei de a fi, căci o crede cea mai frumoasă, mai demnă de a fi venerată, cea mai extraordinară şi bine făcută la trup şi la suflet din câte există. De aceea o doreşte arzător, uitând măsura şi bunul simţ şi gândeşte că de-ar putea să-şi satisfacă dorinţa, ar fi fericit. Atât de alterată îi e judecata raţiunii, încât tot timpul îşi închipuie forma femeii şi-şi neglijează toate activităţile, astfel încât doar aude dacă i se vorbeşte. Şi fiindcă e vorba de o suferinţă neîntreruptă, ea poate fi definită ca o angoasă melancolică. Se numeşte hereos pentru că seniorii şi nobilii contractau adesea această afecţiune din pricina abundenţei deliciilor.”

După I.P. Culianu, Eros şi magie în renaştere, Ed. Nemira, Bucureşti 1994, p. 40

Pe această cale s-a ajuns la corelarea *melancoliei saturniene* cu o variantă a înţelepciunii, idee făcută celebră prin gravura lui Dürer. Tot acum ajunge la apogeu o boală frecventă încă din epoca trubadurilor în care era cultivat *amour courtois* şi considerată ca având la bază *melancholia nigra*. Era o boală ce provenea din îndrăgostire şi putea duce la moarte.

Aparent, mania nu a avut şansa melancoliei. Totuşi, în cadrul elanului cultural al Renaşterii, marcat de dinamism şi dezinhibiţie, apare interesanta lucrare a lui Erasmus „Elogiul nebuniei”. De fapt, termenul pe care-l foloseşte Erasmus este de „stultitia” în latină şi „moira” în greacă. Această ultimă expresie avea un înţeles general de „sminteală”, de anormalitate psihică prin care se iese din făgaş (în celebrul pasaj din Epistola către Corinthieni, în care Paul afirmă „nebunia crucii”, faptul că credinţa în Dumnezeu este nebunie pentru înţelepţii acestei lumi, el foloseşte expresia de „moira”). În lucrare, autorul olandez comentează într-un spirit vioi şi plin

de umor normalitatea exceselor vieţii lumeşti şi prostia conformării obtuze la stilul tradiţional de viaţă. În mod evident, acest elogiu pe care şi-l face stultitia se dezvoltă în stil hipomaniacal.

În această direcţie se defineşte în epocă şi statutul „nebunului de curte"; sau a celor angajaţi într-o astfel de funcţie (erau şi oraşe sau corporaţii care-şi angajau astfel de nebuni - bufoni). Prin definiţie, acest rol social consta în faptul de a induce buna dispoziţie la cei din jur printr-un comportament dezinhibat şi hiperexpresiv – cum era şi îmbrăcămintea sa – transgresând normele oficiale, cultivând atmosfera de joc – mai ales prin jocuri de cuvinte – şi spunând adevărul suveranului. Prin aceasta, nebunul de curte avea o importantă funcţie cathartică, permiţând comentarea variantelor de adevăr care, altfel, erau dificil de afirmat. Este de menţionat că rolul acestuia – aşa cum reiese din piesele lui Shakespeare - cerea o excepţională cultură şi talente deosebite. Astfel încât se constituie în vremea Renaşterii şi o variantă a înţeleptului în direcţie hipomaniacală, complementară celui melancolic. Prin valenţele sale de transgresare a normelor, acest tip de nebun a rămas o figură importantă a jocului de cărţi şi a jocului de şah. Fapt ce atestă perenitatea sa culturală.

Renaşterea a mai cunoscut şi cultivat simularea nebuniei. În tragedia „Regele Lear", Shakespeare îi pune la un moment dat să rătăcească împreună pe: - regele Lear, care treptat înnebuneşte efectiv şi îşi pierde minţile în final, fapt de care îşi dă seama lucid; - nebunul oficial al regelui; - nobilul Edgar, care „face pe nebunul", pe îndrăcitul, recomandându-se astfel celor din jur. Tot într-o zonă marginală nebuniei se mişcă şi Don Quijote, care trăieşte concomitent şi în lumea reală şi în cea a „fantasmelor".

În sfârşit, Renaşterea ocazionează şi o dezbatere despre marginalitatea stării mentale a vrăjitoarelor. Vrăjitoria s-a manifestat la cote

ridicate în acea epocă, ca o complementară populară a magiei, care preocupa pe atunci toţi oamenii cu înalt statut ştiinţific şi filosofic. Pe lângă impregnarea întregii culturi renascentiste cu gândire magică, mai pot fi menţionaţi doi factori favorizanţi. Tendinţele dualiste, gnostice, care s-au păstrat după mişcarea Catharilor. Şi, dezinhibiţia comportamentală generală, de tip hipomaniacal, dominantă în epocă. Aceasta se corelează nu doar cu stilul expansiv al lui Erasmus şi al nebunilor de curte; ci şi cu marcata cultivare a nudului în artele plastice şi a eroticii în literatură, e.g. Boccacio. Aşa cum a fost analizat de psihanaliză în sec. XX, comportamentul vrăjitoarelor are şi o conotaţie sexuală, în relaţiile lor speciale cu Satan. În termeni psihiatrici, comportamentul particular al multor vrăjitoare sugerează diverse aspecte de psihopatologie, comentate în epocă de către Weyer. Ideea unui pact cu diavolul ţine însă şi de o nouă mentalitate a vremii prin care omul, ajuns la o nouă demnitate, încearcă să se sustragă parţial determinismului divin. Ceea ce povestea lui Faust sugerează din plin.

- Comentariu asupra magiei.

Acţiunea magică este una cauzală. Ea urmăreşte să obţină un efect practic, transgresând ordinea naturală a spaţio temporalităţii şi cauzalităţii, prin invocarea şi manevrarea unor forţe oculte imanente. Prin aceasta se distinge de invocarea zeilor sau a divinităţii, ce sunt plasaţi în zona inaccesibilă şi nemanipulabilă a transcendenţei. Solicitarea se face cu ajutorul logosului, prin ritualuri: se utilizează formule verbale, se operează asupra unor simboluri sau simulacre. Aria de acţiune şi obiectivele practicilor de tip vrăjitorie se concentrează asupra manevrării altor indivizi, mai ales în ceea ce priveşte dragostea, comportamentul, energia şi sănătatea. Vrăjitoria practica principiul topologic al contactului şi cel al simulacrului, folosind uneori vehicule concrete sau elixiruri. Colaborarea cu diavolul era necesară pentru a putea obţine puteri aparte. Esenţa modelului comportamental era învingerea spaţio-temporalităţii normale, atât prin comportament propriu zis – e.g. zbor prin văzduh – cât şi prin acţiune la distanţă asupra altora. Modelul e prezent în toate poveştile populare şi e reactivat în „science fiction”. Important pentru psihopatologie este faptul că

oamenii credeau în acest model de relaţionare, erau convinşi că se poate acţiona astfel, de la distanţă, asupra lor. E vorba deci de o mentalitate care acceptă posibilitatea acţiunii xenopate, inclusiv accesul de la distanţă a altora în zona sinelui intim, corporal şi a deciziilor proprii. Faptul se reîntâlneşte în psihopatologie prin fenomenele de influenţă xenopată, cu trimitere la schizofrenie.

În prezent fenomenologia magiei şi a vrăjitoriei este în afara orbitei culturale oficiale. Ceea ce nu înseamnă că un nivel de superstiţiozitate nu se păstrează în populaţia generală. Nivel la care întotdeauna a funcţionat credinţa în descântece şi farmece. Acest strat al inconştientului colectiv, care se păstrează şi în prezent, chiar şi în ţări de mult intrate în orbita civilizaţiei, este un mediu care favorizează acceptarea transmiterii unor influenţe străine de la distanţă, în sensul acţiunii xenopate.

Manifestările de gândire magică din patologia obsesiv-compulsivă şi din tulburarea schizotipală, se cer interpretate psihopatologic multifactoria; dar fără a se ignora şi în aceste cazuri, istoria culturii şi cele menţionate mai sus.

În concluzie, în epoca Renaşterii, în contextul unei speciale cultivări a imaginarului, nebunia apare ca o temă antropologică generală. Şi nu doar ca o problemă medicală, de patologie a creierului. Ea e recunoscută şi încadrată în problematica mai amplă a excentricităţilor, a varietăţii şi limitelor dimensiunii umanului în general. Fapt ce implică universul culturii.

- Prin iluminism spre medicina psihiatrică

Ştiinţa modernă de după Renaştere s-a organizat după principiul polarizării între instanţa subiectului cunoscător şi instanţa obiectului de studiat. Fapt concretizat mai ales prin cercetarea empirică, inductivă. Desigur, şi-a continuat existenţa vechea ştiinţă matematică, revitalizată prin speculaţia sistematică proiectată de Descartes. Dar cele două aspecte au colaborat cu uşurinţă atâta vreme cât în obiectivul cercetării a fost natura ne-subiectivă, domeniul ştiinţelor fizico-matematice şi ştiinţele naturii. Pentru medicină în general şi psihiatrie în special, trebuia să se realizeze ca prim pas această precondiţie de plasare a obiectului de cercetat – a trupului şi

sufletului bolnavului - în poziţia de „obiectivitate”. Faptul s-a finalizat spre sfârşitul sec. XVIII, odată cu naşterea Clinicii medicale şi înfiinţarea azilurilor de psihiatrie, proces analizat cu migală de Foucault.

Către sfârşitul Renaşterii, în Europa se realizase un proces de adunare a populaţiei marginale social în „câmpuri de concentrare”, o parte dintre acestea apărând pe locul fostelor leprozerii. Ele cuprindeau o populaţie săracă şi neîncadrată în activităţi: vagabonzi, prostituate, alcoolici, nebuni, astrologi, perverşi sexual, şarlatani, diverşi excentrici şi infractori. În cadrul acestor „Spitale generale” – cum erau numite în Franţa, celor bolnavi şi nebunilor nu li se acorda asistenţă medicală decât superficial şi intermitent. Iar munca era principala recomandare. În interiorul spaţiilor de recluziune, nebunii furioşi îi deranjau pe ceilalţi, motiv pentru care treptat au ajuns să fie plasaţi în celule şi în lanţuri. Odată cu Revoluţia Franceză şi cu noul etos al libertăţii şi demnităţii umane, aceste câmpuri de concentrare s-au desfiinţat. Dar bolnavii mentali au rămas, cu statut medical, claustraţi în azile de psihiatrie. Unde puteau fi observaţi detaliat. Căci, între timp, medicina s-a reorganizat prin instituţia Clinicii.

Clinica medicală s-a născut către sfârşitul secolului XVIII, în contextul unui program socio-politic ce tindea spre instaurarea unei ordini controlate a populaţiei statului. Statul îşi aroga funcţia de a se îngriji de „cetăţeni”, de a le organiza spaţiul în care trăiesc, formarea, instruirea, munca, timpul liber. Precum şi pedeapsa, prin închisorile nou înfiinţate. Şi de asemenea, de a-i proteja de răufăcători, printr-o supraveghere poliţienească continuă, exercitată pretutindeni şi pentru orice. În această atmosferă se reorganizează şi spaţiile asistenţei medicale. Apar clinicile, în care sunt internaţi bolnavi cu probleme medicale mai deosebite, repartizaţi pe specialităţi. Ei sunt acum supravegheaţi şi examinaţi continuu, beneficiind de asistenţa specialiştilor, a profesorilor şi studenţilor. Odată apărută clinica, învăţământul medical se desfăşura mai puţin prin expuneri de la catedră şi mai mult la patul bolnavului. Se dezvoltă arta examinării obiective şi amănunţite a corpului celui suferind. Pacientul, omul bolnav aflat în faţa morţii, devine obiectul unei cercetări aprofundate. Dezvoltarea anatomiei patologice, studierea ţesuturilor şi a modificării acestora în boală au făcut să se instituie concepţia leziunii de organ, ca substrat al bolilor. Boala se „dez-ontologizează”, încetează să fie o entitate abstractă, savant clasificată ierarhic, în sisteme arborescente, după principii logice; entitate care afectează în mod misterios individul. Ea tinde să fie înţeleasă ca o modificare funcţională a structurilor organice ale trupului, prin noxe şi

reacţii ce conduc la leziuni. Adică o suferinţă a trupului unui individ anume, a unui organism ce-şi caută echilibrul.

O astfel de obiectivare şi individualizare se realizează şi pentru bolnavii mentali, ce ajung să fie internaţi în azile. Acestea derivă, pe de-o parte, din spitalele generale. Iar, pe de altă parte, ele se construiesc special pentru această nouă specialitate medicală. Dacă nebunia era acceptată în aria medicinii şi în perioada Renaşterii, disciplina medicală a psihiatriei se constituie doar la începutul sec. XIX. În Secolul Luminilor, ea încă nu capătase contur. Nebunia era receptată în primul rând prin caracteristica sa negativă de „ne-raţiune" („dèraison" în franceză).

În cursul sec. XVIII s-au petrecut şi metamorfoze în plan ştiinţific, care în cele din urmă au marcat înţelegerea psiho-corporală a omului bolnav, la care patologia psihică s-a referit întotdeauna. Studierea naturii, a mineralelor, plantelor şi animalelor a susţinut dezvoltarea ştiinţei clasificării, de care nosologia ulterioară a psihiatriei se va interesa în sec. XX şi în prezent. Fizica a progresat mai ales prin studiul mecanicii şi opticii. Lumea ştiinţifică s-a interesat de automate, iar filosofia a conceput „omul maşină". Idee care a favorizat psihologia asociaţionistă a lui Locke. Descoperirea circuitului sângelui în sec. XVII a impus regândirea circulaţiei şi sintezei informaţiei în corp, pentru realizarea căreia erau invocate încă din antichitate „spiritele animale". După Descartes, sistemul circulaţiei sangvine şi cel nervos au fost cercetate tot mai atent în această perspectivă. Noile teorii fizice au început să influenţeze înţelegerea nebuniei, pentru care au fost la un moment dat invocaţi anumiţi „aburi" sau vapori. Se considera că, de ex. în histerie, aceştia ar favoriza o rezonanţă particulară a diverselor organe, fapt care ar explica simptomatologia polimorfă a bolii. Dar mai ales „nervii" au fost invocaţi, prin „rezonanţa" sau „iritarea" lor. Astfel încât hipocondria şi histeria au ajuns să fie considerate „boli ale nervilor". A început să fie studiat din punct de vedere anatomo-patologic şi creierul, ce apărea ca modificat la unii nebuni. Ideea dominantă ce s-a impus prin Cullen (1769) a fost că nebunia se corelează cu patologia sistemului nervos, motiv pentru care aceste boli au fost numite „nevroze". Termenul de „psihoză" s-a afirmat cu un secol mai târziu, tocmai pentru a atrage atenţia asupra psihismului.

Repertoriul bolilor psihice a rămas, în sec. XVIII, în mare, cel tradiţional. S-au menţinut melancolia şi mania, circumscrise în primul rând prin simptomatologia ideaţiei anormale; dar şi prin specificul lor comportamental. Hipocondria s-a detaşat treptat de melancolie, ca o boală

specifică bărbaţilor, plasată la un pol opus cu histeria femeilor. În consonanţă cu accentul pe care epoca îl punea pe Raţiune, în aria nebuniei se comentează tot mai mult demenţa şi amnezia, idioţia şi stupiditatea, toate exprimând ne-raţiunea. Vechea „frenitis" a rămas la locul ei de boală febrilă şi confuzivă. Sporadic se mai menţionau lunaticii, cei ce sufereau de hidrofobie, boală de amor şi demonopatii. Epoca raţiunii a susţinut ferm că principalele preocupări intelectuale ale Renaşterii – magia, mnemotehnica, astrologia, cabala – sunt superstiţii. Astfel încât cei ce practicau astrologia şi magicienii au ajuns să fie consideraţi ca apropiaţi de bolnavii mentali.

- Medicina psihiatrică în optimistul secol XIX

În azilele de bolnavi neuropsihici ale sec. XIX erau reuniţi suferinzii mentali dintr-un teritoriu geografic determinat. Iar şederea îndelungată permitea o observaţie şi o descriere amănunţită a simptomatologiei. Iniţial azilele erau vizitate periodic de medicii de familie din zonă. Dar ulterior şi-au avut proprii medici care s-au specializat şi au elaborat de-a lungul acestui secol psihopatologia descriptivă. Azilele au impus şi o delimitare a gravităţii tulburărilor care necesită internarea. Asimilată medicinii, nou-născuta psihiatrie a trebuit să se supună metodologiei acesteia, descriind şi sistematizând boli ce trebuiau explicate. Şi, dacă se poate, tratate.

Medicina corpului se baza pe cunoştinţele de anatomie şi fiziologie, care s-au completat în sec. XIX cu anatomia şi fiziologia patologică. Dar psihologia, ca ştiinţă a psihismului uman normal, nu era constituită, ea urmând să se dezvolte treptat, începând din a doua jumătate a sec. XIX. Tradiţional, psihologia era o ştiinţă de sorginte filosofică, cu trimitere la tratatul lui Aristotel despre psihism, care pune accent pe sufletul raţional al omului, plasat deasupra celui vegetativ şi animal. În sec. XVIII, Wolf realizează o sinteză, diferenţiind psihologia raţională de cea empirică, ce ar fi urmat să se dezvolte. Prima recunoştea anumite capacităţi sau facultăţi psihice ireductibile, aşa cum sunt cele cognitive: percepţia, atenţia, gândirea, memoria sau cele volitive. Ulterior, Kant a insistat asupra validităţii facultăţilor afective. Această schemă tripartită a facultăţilor a orientat studierea şi sistematizarea semnelor psihopatologice în sec. XIX, ea persistând în subsidiar şi în sec. XX. O abordare paralelă a psihismului era oferită de doctrina asociaţionistă, cu punct de plecare în "ideile elementare" ale lui Hume, care ar funcţiona ca nişte atomi ce se pot combina între ei.

Observarea manifestărilor unui om ar permite ca, treptat, să se agrege acele modalităţi care sunt semnificative. Doctrina s-a afirmat şi în Franţa prin Condilliac, autorul “Omului statuie”, precum şi în Germania. Către sfârşitul sec. XIX, asociaţionismul se impune şi în psihopatologie, subminând doctrina facultăţilor care, totuşi, a stat la baza constituirii semiologiei psihopatologice.

Tradiţia oferea medicilor din sec. XIX etichetări globale ale unor boli psihice considerate ca entităţi globale aşa cum era: melancolia, mania, frenetis, demenţa etc. Cineva – un om, un caz – sau avea una din aceste boli, sau nu o avea.

În sec. XIX s-a ajuns însă, prin observaţia atentă, la elaborarea unor “unităţi semiologice” primare, ce pot fi prezente în mai multe tulburări, aşa cum ar fi: halucinaţiile, delirul, obsesiile, catatonia, anxietatea, cenestopatia, anhedonia etc. Acestea au fost considerate simptome sau mai bine zis sindroame, ele putându-se combina pentru a da configuraţie unor boli. Limbajul descrierilor psihopatologice, elaborat în franceză, germană şi engleză, a condus treptat la un consens între specialişti în înţelegerea diverselor sindroame şi la echivalarea termenilor în diverse limbi.

La începutul sec. XIX erau funcţionale noţiuni ca: melancolia, mania, frenetis, delirium, paranoia, letargia, carus, lipemia, hipocondria, histeria, demenţa. O parte dintre aceşti termeni dispar în cursul veacului. Alţii se menţin, schimbându-şi semnificaţia şi acoperirea descriptivă. Carus, lethargia, frenetis, lipemia, vor dispărea. Melancolia va fi înlocuită treptat de depresie. Şi, împreună cu mania, se vor despărţi de patologia delirantă a convingerilor cognitive anormale, instituindu-se ca patologie afectivă. Deliriumul se va despărţi în forma confuziv febrilă şi delir (“delusion”), ca şi convingere anormală. Expresii ca monomania, mania fără delir, vor căpăta semnificaţii speciale. Paranoia, după o eclipsă, va reapărea către sfârşitul

secolului ca delir paranoid, ce va fi inclus de Kraepelin în demenţa precoce. Demenţa se va diferenţia în varianta senilă şi cea paralitică (ce va fi identificată ca paralizie generală progresivă sifilitică). Pentru ca, ulterior, Kraepelin să propună noţiunea de demenţă precoce.

Apar în sec. XIX şi unităţi semiologice care nu fuseseră descrise în trecut şi care pretind termeni noi. Astfel, în marginea patologiei obsesiv compulsive, a cărei simptomatologie complexă se agregă treptat, sunt comentate diverse fobii, ca de exemplu agorafobia, fobia socială, dismorfofobia. Se descriu simptome ca halucinaţiile, depersonalizarea, cenestopatiile, anhedonia, astenia etc.

Pe lângă descrierea unităţilor sindromatice, în sec. XIX s-a trecut progresiv la delimitarea unor noi boli. Mania şi depresia sunt comentate tot mai des ca două aspecte ale aceleiaşi tulburări bipolare, uneori cu evoluţie circulară. Astenia a fost plasată de către Beard ca şi centru al unei boli noi, neurastenia, care cuprindea o listă mare de simptome. Ca o replică, Janet elaborează conceptul de psihastenie, care pune accentul nu pe baza neuronală, ci pe psihism. Aceste două entităţi maladive nu au rezistat însă. S-a încercat ca în jurul halucinaţiilor, combinate mai mult sau mai puţin cu delirul, să se elaboreze un nou concept de boală. Ideea unei boli centrate pe delir s-a impus ulterior destul de consistent, în jurul paranoiei. Vechea isterie, ce a fost descrisă şi recunoscută mereu, inclusiv în sec. XIX, se circumscrie şi ea ca o boală autonomă, prin contribuţiile lui Briquet şi Charcot. Pe această cale psihiatria îşi face datoria de a se conforma rigorilor medicinii; de a descrie boli individualizate în cadrul unui sistem nosologico-nosografic complet. Acest deziderat se realizează pregnant şi simbolic în opera lui Kraepelin la cumpăna dintre sex. XIX şi sec. XX. Demersul lui Kraepelin ţine acum cont şi de parametrii extrasemiologici ai vârstei de

debut şi ai evoluţiei unor episoade psihopatologice individualizate, care se pot remite sau pot lăsa stări defective. Etiopatogenia e mai vag reflectată în acest sistem care ridică de acum încolo problema clasificării, a sistematizării bolilor psihice în ansamblul lor.

Evoluţia psihopatologiei descriptive din sec. XIX s-a mai realizat în două direcţii. În primul rând, în cea a unei atenţii crescânde spre includerea simptomelor subiective, a trăirilor conştiente, resimţite şi autoevaluate, interpretate de către pacient. Iar în al doilea rând, în direcţia referinţei la o nouă instanţă psihică, dincolo de clasicele facultăţi. Aceasta e o funcţie centralizatoare şi se referă la persoană, conştiinţă, sine (self), eu, subiect, caracter. Foile de observaţie clinică devin tot mai detaliate în descriere şi interpretare. Se pregăteşte astfel perioada în care Jaspers îşi va scrie şi publica psihopatologia.

În sec. XIX, pe lângă dezvoltarea psihopatologiei descriptive, au existat şi orientări doctrinare etiopatogenice. Între acestea se menţionează mişcarea romantică germană, care pune accentul pe păcat şi vinovăţie, boala psihică apărând ca pedeapsă divină. Se manifestă un interes crescut pentru inconştient şi vis, toate temele fiind reluate ulterior, în alt context, de către psihanaliză. Relaţia între geniu şi nebunie a fost şi ea dezbătută. În acest context s-a afirmat doctrina degenerescenţei, care susţine cumularea transgeneraţională a păcatului. Idee ce exprimă intuitiv rolul factorului genetic. Evoluţionismul a sugerat o doctrină biologică a repetării filogenezei în ontogeneză. Iar în neurologie, înscrierea filogenezei în arhitectonica funcţiilor neuropsihice, organizate ierarhic, în funcţie de noutatea şi diferenţierea lor. Această doctrină a lui Jackson interpretează stările patologice ca afectând în primul rând funcţiile superioare, mai diferenţiate, dar mai puţin rezistente. Deficitul ce apare astfel se manifestă

simptomatologic împreună cu exprimarea funcţiilor scăpate de sub controlul superior, dezinhibate. Acest model a fost aplicat în psihopatologia sec. XX de către Janet, Bleuler, de Clerambauld, culminând cu sinteza organo-dinamistă a lui Ey. O direcţie doctrinară şi de cercetare este şi cea dezvoltată de Moreau de Tours în legătură cu modificările psihice corelate ingestiei de substanţe psiho-active (haşiş etc.) care conduc la stări onirice şi diverse denivelări ale conştiinţei pe diagrama veghe somn.

Cea mai importantă direcţie doctrinară s-a impus în a doua jumătate a sec. XIX şi constă în aplicarea la psihiatrie a concepţiei medicale dominante în acea vreme, cea a leziunii de organ. Iar organul psihismului, prin excelenţă, este creierul. Deci, disfuncţiile psihice se cer căutate în disfuncţii cerebrale. Confirmarea acestei doctrine s-a făcut prin descoperirea meningitei infecţioase ce stă în spatele paraliziei generale progresive. Modelul medical al psihopatologiei s-a legat de atunci definitiv de relaţia directă creier-psihism.

Şi astfel s-a încheiat tumultosul secol al XIX-lea. Nietzsche anunţase moartea Dumnezeului creştin. Zvonul îl adusese în piaţă un nebun. Dar acest eveniment nu avea nicio importanţă.

Viitorul era deschis. Şi în el se profila supraomul.

Capitolul IX Note şi Bibliografie

1. Faptul că sistemul DSM-III-IV este expresia valorilor cultivate de SUA la sfârşitul sec.XX este argumentat solid în lucrarea :

125. Sadler J.Z. (2005), Values and psychiatric diagnosis, Oxford University Press

Particularităţile, preconcepţiile şi pre-judecăţile ce sunt conţinute în sistemul american au determinat OMS, care e responsabil de ghidarea diagnosticului medico psihiatric în întreaga lume, să păstreze tot timpul unele diferenţe şi nuanţe faţă de această abordare. Fapt ce se menţine şi în prezent, cu toate presiunile globalizării.

În plan internaţional intervin, în diverse zone ale lumii, nu doar tradiţiile şi mentalităţile locului, ci şi probleme de limbaj, obiceiuri şi alte condiţii obiective de viaţă. S-a discutat astfel în mediile de specialitate de contextul cultural care favorizează în unele ţări anorexia mentală, sindromul ADHD, astenia, interpretarea fenomenelor paranoide, atitudinea faţă de homosexualitate etc.

În perspectivă transculturală şi istorică e important să se degaje, în măsura posibilului, intervenţia şi prezenţa la baza unor tulburări psihice a unor deficite disfuncţionale în trăirea spaţio temporalităţii şi cauzalităţii şi în structurarea sintezei sinelui persoanei. Adică, dacă există unele aspecte psihice şi psihopatologice constante, dincolo de ecranul cunoaşterii şi exprimării lingvistice a respectivelor culturi istorice; şi dincolo de particularităţile comportamentale şi de structură psihică ce le prezintă oamenii acestor culturi.

La om, receptarea spaţialităţii fizice e condiţionată de mersul biped, de vederea frontală ce se conjugă cu psihomotricitatea şi de colaborarea cu ceilalţi în acţiune. Omul a dezvoltat, mai ales după ce a dezvoltat agricultura, şi o evaluare socio-culturală standardizată a timpului. Aceasta a fost structurată şi de alternanţa între muncă şi sărbătorile de invocare a zeului. În psihismul omenesc se păstrează, privitor la spaţio temporalitate, şi evidente coordonate moştenite din biologie. O serie de fenomene de tip anxios fobic pot fi corelate cu îndepărtarea de locurile protejate de cuib sau de teritoriul cunoscut, aşa cum s-a menţionat deja în Cap.I. Compensator, spaţio-temporalitatea antropologică oferă şi alte locuri şi momente ce asigură sentimentul protecţiei, mai ales în corelaţie cu credinţa în fiinţe şi forţe supranaturale.

Instanţă narativă centrată pe mit, legendă, povestiri, epopei, istorie a strămoşilor, operează cu o spaţio-temporalitate diferită de cea fizico-biologică; şi cu o cauzalitate specială. De fapt, în viaţa obişnuită, oamenii diferenţiază între cauzarea fizică şi cauzarea ce derivă din sursa umană.

În universul narativ – la fel ca în vis, care e mulat după modelul acestuia – cauzalitatea de tip uman nu mai are îngrădirile spaţio-temporalităţii fizice. Mai ales că, de la începutul mitic al narativităţii, intervin şi forţele supranaturale. Fenomenele de tip magie şi vrăjitorie derivă din operarea cu această instanţă, ce dimensionează din interior psihismul uman. Şi a cărui nivel superior îl reprezintă intervenţia zeilor sau miracolul religios.

În diverse contexte culturale se regăsesc modelele menţionate mai sus. Cauzalitatea de tip uman mai are o particularitate, ce derivă din fenomenul de ataşament şi intimitate, cu interpătrundere psihologică şi interinfluenţare mutuală, prin „simpatie”.

Chenar 48

Spaţio temporalitatea omului

Spaţiul şi timpul se manifestă în desfăşurarea existenţei umane în mai multe incidenţe.

În perspectivă fizică, individual uman se raportează la spaţiul ambiental la fel ca toate vieţuitoarele ce locuiesc pe pământ, în condiţiile gravităţii acestuia. Poziţia bipedă, privirea frontală şi prehensibilitatea omului fac ca receptarea spaţiului ambiental ca un câmp al acţiunilor posibile să aibe unele particularităţi. În acest spaţiu omul întâlneşte obiecte şi fiinţe aflate la diverse distanţe faţă de corpul său. Perceperea şi înţelegerea drumurilor accesibile şi a proiectelor de acţiune, structurează şi ele acest spaţiu. Timpul fizic e marcat în primul rând de fenomenele cosmice. Dar el e socializat, astfel ca individul dispune de o diviziune oficială a timpului (în minute, ore, zile, luni, ani, etc.).

Fiind şi un animal, omul e marcat şi de o spaţio temporalitate biologică. Apropierea sau depărtarea de locuinţă (cuib) în primul rând faţă de familie şi teritoriul locuit, e un vector spaţial; şi la fel, locurile cunoscute şi necunoscute. Timpul biologic se exprimă, la un capăt, în vârste şi în fazele corelate cu multiplicarea, cu naşterea şi creşterea copiilor. La alt capăt, intalnim bioritmicitatea diurnă somn/veghe ,cea supradială şi cea cu ritm sezonier. Ultima e corelată,pentru om, mai ales cu ocupaţia tradiţională a agriculturii.

Spaţiul specific uman e marcat şi ordonat de simboluri, reguli de prezenţa altor oameni şi instrumente. Apropierea şi depărtarea de psihismul conştient al altora şi de toposurile instituţionale ,se corelează cu normele deontice de permis, interzis, obligatoriu.Si cu diferenţierea între spaţiile familiale, instituţionale şi sacrale . Mijloacele de deplasare dau şi ele măsura spaţialităţii umane. Un aspect special este cel al distanţelor interpersonal sociale, repartizate între intim – oficial – străin; distanţe ce se pot parcurge în ambele direcţii. Timpul uman e ritmat de organizarea muncii, a proiectelor şi de sărbători. Mitologia sacră invocă şi un timp al începuturilor originare. Iar, în unele religii şi o instanţă a eternităţii, dincolo de timp. Timpul comunităţii se organizează între prezent, trecutul istoric şi aspectul expectat al viitorului.Timpul personal se diferenţiază prin prezentul trăit, ce se reliefează între trecutul rememorabil şi viitorul. proiectat,toate trei reliefandu-se desupra unor structuri temporale ample ierarhice, de profunzime. În plus, există pentru fiecare persoană ca şi fundal, instanţa identităţii duratei biografice. Această structură a timpului persoanei se interpătrunde cu cea similară a subiecţilor cu care ea îşi împărtăşeşte viaţa în intimitate. Şi în acelaşi timp, cu sintezele temporale personale ce sunt posibile în narativitate. Pentru colectivităţi, intervine un sens specific al timpului istoric, ca trecut concretizat in monumente si relatari şi ca prezent,inteles comunitar. Viitorul se configurează prin expectaţie, speranţe, utopii.

Doctrina afinităţilor şi „simpatiei” a fost exploatată în diverse contexte culturale: de exemplu în ştiinţa alchimiei. Pe lângă varietatea istorico culturală a acestor aspecte infrastructurale ale spaţio-temporalităţii şi cauzalităţii fizico-biologico-antropologice, în cadrul aceleaşi societăţi istorice există straturi populaţionale cu diverse mentalităţi şi experienţe, în ciuda globalizării uniformizante ce se realizează prin mass media.

Pe lângă literatura deja invocată care abordează aspecte istorice şi transculturale în psihiatrie (a se vedea Nota 9 din Capitolul III) mai menţionăm :

126. Bhattacherya R., Cross S., Bhugra D. (2010), Clinical topics in cultural psychiatry, R.C. Psych.Publication London, Bell & Bain L, Glasgow
127. Shorter E. (2005), A Historical Dictionary of Psychiatry, Oxford University Press

2. Argumentatea prezentată la începutul capitolului este explicită. În perspectivă mai generală se ridică problema identificării anormalităţii psihice excesive, a nebuniei, ca o constantă a omenirii culturale. Şi formele în care aceasta apare, în corelaţie cu structurile de bază a practicilor omeneşti instituţionalizate. Principalele sindroame psihopatologice, aşa cum le cunoaştem din medicina psihiatrică a ultimilor 200 ani se cer verificate prin perspectiva transculturală şi istorică. Starea maniacală şi cea depresivă, delirul şi patologia corelată muncii, au cea mai solidă acoperire. Mania şi depresia au fost în plus atestate, analizate şi instituţionalizate istoric şi în variante de intensitate medie. O perspectivă importantă de analiză este cea care are în vedere polarizarea dintre munca productivă şi sărbătoare, ultima înţeleasă atât în sens sacral cât şi profan. În corelaţie cu munca pot fi comentate multe aspecte ale patologiei obsesiv compulsive; care, în plus, se articulează şi cu ritualurile legate de invocarea sacralităţii, principalul girant al rezultatului pozitiv al activităţilor şi muncilor umane. Bunele rezultate ale muncii se corelează cu hipomania euforică a sărbătorii. Depresia şi astenia, sunt corelate eşecului şi epuizării. Controlul impulsivităţii agresive se regăseşte de asemenea în simptomatologia obsesiv compulsivă; dar el apare şi în comportamente impulsive, corelate cu mania sau cu stări disociative de conştiinţă (crepusculare). Convingerile delirante sunt uneori greu de clarificat în istorie, până personalitatea umană nu-şi defineşte individualitatea, în relaţie cu colectivismul cultural şi cu sacralitatea. Cel mai dificil e să se identifice clar în istorie simptomatologia specifică schizofreniei, în sens de depersonalizare şi dezorganizare conceptuală.

Capitolul al X-lea

Nebunia şi peripeţiile democraţiei
Drumul psihopatologiei clinice în secolul XX

Secolul XIX a lăsat o moştenire fermă în problema nebuniei, în persoana bolnavului mental, închis în azile, subiect de care urma să se preocupe ştiinţa medicală a psihiatriei. Psihiatrii au descris simptome şi boli, s-a creat un sistem nosologico-nosografic al specialităţii, s-a precizat că boala psihică rezultă dintr-o afectare a creierului. Aşa că totul era în ordine. Cadrul indiscutabil pentru modelul biomedical ce încrimina encefalul era „paralizia general progresivă" - P.G.P – boala pentru care s-a dovedit existenţa în creier a unei meningoencefalite sifilitice, vizibilă la autopsie. Pentru oricine se credea Napoleon, se cerea cercetat şi tratat creierul.

Secolul XX a preluat această moştenire şi a păstrat-o, nu a contestat-o nicio clipă. Iar către sfârşitul său chiar a reactivat-o cu vigoare. Totuşi, progresul ştiinţei şi profilul cultural lărgit al epocii au dus la nuanţări şi chiar la alternative concurenţiale. Iar, în primă instanţă, noul veac a venit cu orizontul ştiinţelor umane.

Totul se înscria firesc în paradigma de bază a secolului ce tocmai se încheiase: evoluţionismul. După ştiinţele fizico-matematice, s-au dezvoltat chimia şi ştiinţele biologice. „Devenirea", idee pe care Hegel a speculat-o la începutul sec. XIX, îşi găsise un fel de afirmare empirică în darwinism. Economia, lingvistica, psihologia, ba chiar şi istoria, care poartă în inima ei devenirea, au accedat treptat la statutul de ştiinţă, plasându-se într-o poziţie de „obiect" faţă de care e posibilă distanţa necesară observării şi studierii. După neokantianism şi Dilthey, s-a sugerat însă că aceste noi „ştiinţe umane" - „Geistwissenschaft" în germană – pot avea şi o

metodologie specifică prin studierea ideografică a cazului tipic exemplar. Care se deosebeşte de supunerea nomotetică a fenomenelor la legi impersonale, aşa cum s–au sedimentat lucrurile în ştiinţele fizico-biologice. „Caz exemplar” ce se pretează la o interpretare fenomenologico-hermeneutică a materialului adunat.

Psihopatologia s-a trezit, dintr-o dată, în mijlocul acestui curent ce voia să ţină cont de subiectivitatea conştientă şi de libertatea oamenilor. Referinţa de bază se face la activitatea psihiatrului Jaspers, persoană cu o amplă forţă spirituală ce s-a dezvoltat ulterior ca filosof existenţialist. Jaspers era un adept al lui Dilthey, cultivând ideea interpretării empatice a subiectivităţii omului pe care vrem să-l studiem, pe baza tuturor documentelor şi mărturiilor biografice şi autobiografice ce le putea aduna. Se poate configura astfel un caz tipic exemplar, care luminează o problemă, mai bine decât zeci de cazuri superficial abordat.

Progresul entuziast al ştiinţelor umane de la începutul secolului s-a văzut temperat prin apariţia în această zonă a unor multiple ideologii şi doctrine divergente. Pentru psihiatrie era şi o problemă în plus, care derivă din statutul său oficial de ştiinţă medicală. Ori, ansamblul ştiinţelor medicale trebuie să se supună, pe lângă orientarea lor fermă spre biologia corpului uman, unui model de comentare a bolilor, care presupune încadrarea lor într-un sistem finit de categorii distincte, sistem nosologic nosografic. Iar fiecare boală trebuie să se caracterizeze printr-o proprie simptomatologie, etiopatogenie şi terapie, care să permită diagnosticul. Asemenea exigenţe sunt diferite de studierea operelor de artă, a biografiilor oamenilor eminenţi sau a evenimentelor istorice. Sau de existenţa oamenilor aşa cum apare ea în romane, configurând o “Comedie umană”.

Totuşi, psihiatria s-a încadrat parţial şi în noul curent al ştiinţelor umane. Faptul a fost posibil mai ales prin relaxarea limitelor rigide ale azilului. Această instituţie, derivată din câmpurile de concentrare a marginalilor sociali, organizate în Epoca Luminilor, s-a menţinut în mod indirect şi în cursul sec. XX. Totuşi în însuşi interiorul sistemului medico-psihiatric, a început să se manifeste o asistenţă terapeutică ambulatorie centrată pe psihoterapie.

Jaspers nu s-a ocupat personal de psihoterapie. Dar, prin concepţia sa privitoare la reacţiile psihopatologice comprehensive, a deschis orizontul cazuisticii psihiatrice spre viaţa curentă a oamenilor, aducând în faţă originarea tulburărilor psihice în trăirile normale şi fireşti. Fapt care până la el fusese ignorat. Depresia clinică îşi are echivalentul în doliul omenesc, gelozia delirantă poate fi pusă alături de cea exagerată şi întâlnită la tot pasul. Această idee a continuităţii a interesat de atunci încolo pe tot mai mulţi psihiatri, făcându-i să se gândească sistematic asupra reacţiilor psihologice scurte şi prelungite din viaţa oamenilor. Reacţiile comprehensibile exagerate au îndreptat atenţia şi spre firea mai deosebită a unor oameni, spre particularităţile caracterologice. De altfel, în continuarea ideii degenerescenţei pe care o lăsase moştenire sec. XIX, se acordă la începutul sec. XX o atenţie tot mai mare anormalităţilor persoanei, descriindu-se tot felul de „constituţii morbide”: emotivă, nervoasă, suspicioasă (paranoidă), schizoidă etc. Iar în 1927, Schneider publica un text în care comenta zece tipuri de „personalităţi psihopate”. Aceste preocupări au condus la ideea unui continuum între starea psihopatologică şi cea normală. În această direcţie merită menţionat Kretschmer. (**1**)

Kretschmer a constatat că tinerii cu o fire mai timidă şi ruşinoasă, dacă au trăit un eveniment penibil sau au făcut o faptă de care se ruşinează,

au impresia că alte persoane îi privesc mai insistent. Dacă reacţia e mai importantă, atunci li se pare chiar că alţii îi comentează, desigur nefavorabil. În continuarea acestor trăiri se poate ajunge la o stare delirantă ce apare fără ca la mijloc să fie vreun eveniment decelabil. Aceasta constă în convingerea subiectului că e în centrul atenţiei. Oriunde ar fi, i se pare că toţi îl privesc insistent, îşi fac semne între ei şi îl comentează batjocoritor. El a denumit acest tablou psihopatologic: „delir senzitiv de relaţie". Tot Kretschmer a comentat existenţa unei tranziţii între psihozele endogene – schizofrenia, boala maniaco-depresivă şi epilepsia (inclusă pe atunci în aceasta categorie) – şi particularităţile caracteriale normale, trecându-se prin variante specifice de tulburări de personalitate: schizoid, cicloid, epileptoid. Mai mult, ar exista şi variante ale particularităţilor respective de caracter printre personalităţile proeminente în plan social, creatori, genii. Ideea continuumului între psihopatologie, normalitate şi creativitate era astfel dusă la extrem.

Kretschmer pune deci în relaţia genezei stărilor psihopatologice şi particularităţile persoanei vulnerabile acceptând un continuum între normalitate şi psihoză.

La mijlocul sec. XX psihiatria, ca ramură a medicinei, se baza în continuare pe cazuistica „psihozelor endogene" care constituia cazuistica tradiţională a clinicilor şi azilelor: schizofrenia, boala maniaco-depresivă, delirurile sistematizabile şi bufeurile delirante. În jurul acestor patologii gravita „mica psihiatrie" a nevrozelor, a stărilor reactive şi tulburărilor de personalitate. Se adăuga patologia psihică ce se manifesta în cadrul unor boli somatice care afectează funcţionarea creierului. Dependenţa de alcool şi alte toxicomanii grave erau şi ele inventariate. Etiopatogenia tulburărilor psihice, în specificul lor, rămânea neclarificată. Oricum, creierul era

încriminat, cu patologia sa lezională şi funcţională. Vârsta debutului şi modelul evolutiv interveneau şi ele în clasificare. Toate tratatele de psihiatrie prezentau acest sistem nosologic nosografic, demn de orice altă specialitate medicală. Centrul mondial al psihiatriei şi al psihopatologiei clinice era Germania.

A venit apoi cel de-al doilea război mondial şi catastrofa Germaniei. Pentru psihiatrie, ca deţinătoare oficială a problemei doctrinare a nebuniei, s-a încheiat o epocă. O epocă clasică.

După război, centrul puterii mondiale s-a mutat treptat, tot mai mult, spre hiperdemocrata America de Nord.

- Intermezzo-ul psihanalitică şi drumul spre cognitivism

Mişcarea psihoterapeutică ce s-a constituit la începutul sec. XX a gravitat în mare măsură în jurul psihanalizei. În sec. XIX s-a practicat, sub diverse forme, sugestia, mai ales cea hipnotică, în cadrul paradigmei care a instituit noţiunea de inconştient. Dar aceasta era o metodă directivă care nu mai consona bine cu spiritul sec. XX, de promovare a autonomiei individuale. Psihanaliza se oferea în această deschidere, având drept concurent, la început timid, comportamentalismul, orientat spre tehnici de învăţare şi antrenament autocontrolat.

Metodologic, cura analitică clasică, instituită de Freud, consta în faptul de a invita pacientul relaxat, aşezat comod pe canapea, să practice „asociaţii libere”; adică să verbalizeze tot ce-i trece prin minte. Terapeutul, plasat în afara câmpului său vizual, adoptă o atitudine de neutralitate binevoitoare, îndemnându-l să continue chiar dacă, ocazional, verbalizarea pare incoerentă şi nerelevantă. Treptat, de-a lungul şedinţelor, ies la iveală conflictele şi complexele profunde, refulate şi nelimpezi, ce zac în inconştientul pacientului. Verbalizându-le, el le conştientizează în interiorul

câmpului psihologic transferenţial ce se constituie între el şi terapeut. Acesta din urmă trece progresiv la interpretarea discursului pacientului, lămurind complexele nerezolvate, corelativ fixărilor libidinale infantile şi a depăşirii insuficienţei de maturare a fazei complexului Oedip. Pacientul proiectează asupra terapeutului starea complexuală ce o avea faţă de părinţi. Analiza transferului încheie cura. Iar pacientul devine liber pentru o dezvoltare autonomă.

Structura psihismului individual, aşa cum a ajuns ea să fie conceptualizată de psihanaliză, precum şi felul în care această doctrină concepe geneza stărilor psihopatologice, nu e posibil să fie prezentată şi comentată la acest nivel, deoarece nu poate fi rezumată în câteva rânduri. Cu atât mai mult cu cât ea face parte dintr-o doctrină antropologică care e doar marginală nosologiei psihiatrice. Ale cărei concepte totuşi le invocă, caută să le interpreteze şi uneori să le reformuleze în procesul său de interpretare. Această doctrină psihologico-psihopatologică are însă câteva particularităţi ce s-au menţinut de-a lungul tuturor metamorfozelor psihanalizei. Şi care sunt destul de importante pentru a fi menţionate:

- Psihismul individual se dezvoltă şi se structurează într-un câmp psihologic interpersonal, cel al familiei; existenţa psihică a omului implică tot timpul câmpul relaţiilor interpersonale şi nu poate fi structurat în afara acestora ca emergând din sine.

Chenar 49

Scurt inventar al temelor abordate şi comentate de doctrina psihanalitică

- Partajarea psihismului persoanei între: - o zonă conştientă, minoră ca importanţă; - şi o zonă neconştientă, dominantă; aceasta din urmă conţine şi instanţa inconştientului refulat.
- Diferenţierea structurală între trei instanţe: - Id (sinele pulsional, pulsiunea firilor, în esenţă sexuală, instanţă a căutării plăcerii). – Ego (instanţa de arbitrare a tensiunilor între Id, Superego şi exigenţele realităţii). – Superego (instanţă a normativităţii represive, reprezentantă a autorităţii, exigenţelor părinţilor, ale culturii).
- Principiul plăcerii, susţinut de pulsiunea sexuală, de erosul ce-şi caută un obiect de satisfacţie şi se fixează de acesta/versus pulsiunea morţii, tanatos; o dezvoltare ulterioară a înlocuit principiul căutării plăcerii detensionante cu căutarea obiectului securizant; obiectivul rămâne obţinerea unei stări de echilibru.
- Dezvoltarea ontogenetică din primii ani ce poate fi indicată prin fixarea satisfacţiei pulsionale (sexuale, erotice) pe anumite zone corporale: oral, anal, uretral, sexual.
- Identificarea şi introjectarea imagourilor parentale şi a scenariilor relaţionale pe care acestea le induc în subiect; în esenţă, intervine competiţia pentru posesiunea exclusivă a părintelui de sex opus, cu înlăturarea celuilalt; scenariul e generator de complexe, esenţial fiind complexul Oedip – flancat de cel de castrare - care încheie acest ciclu maturant în jurul vârstei de 3-5 ani; complexele sunt generatoare de anxietate, iar depăşirea nematurizantă a complexului Oedip întreţine vulnerabilitatea psihismului.
- Stările psihopatologice rezultă din regresiunea psihică şi reactivarea complexelor şi fixaţiilor pe etapele dezvoltării pulsionale; pentru înlăturarea anxietăţii astfel declanşate, intră în joc o serie de mecanisme de apărare ale eului care, împreună cu nivelul regresiunii, sunt generatoare de simptome specifice diverselor tulburări psihice.
- Contextul actual psiho-social şi al ciclurilor biopsihologice joacă în psihanaliză doar un rol declanşator; şi nu de semnificaţie determinantă, ca în cazul reacţiilor comprehensive tip Jaspers.

- Structura ontogenetică a psihismului individual presupune modelarea sa de către structura psihică a adulţilor formatori (părinţilor) în care se oglindeşte, cu care se identifică şi pe care-i asimilează (introjectează); în interioritatea psihismului individual sunt constant prezenţi alţii, alte persoane.

- Formându-se, subiectul preia problematica situaţiei relaţionale (cu părinţii) ca „scenariu relaţional” resimţit de el preconştient.

- Structura psihismului individual include o raportare conflictuală la sine, plasată în mare măsură în zona extraconştientă, refulată.

- Metamorfozele psihice, maturante şi clarificatoare de sine, sunt favorizate de relaţionările interpersonale, în cursul cărora subiectul îşi exprimă şi explicitează (verbal) trăirile, pe care le descifrează.

Punând accent, de la început şi tot timpul, pe sexualitate şi familie, psihanaliza lui Freud făcea intuitiv trimitere la dimensionarea psihologico-biologică a omului. Căci multiplicarea şi dezvoltarea indivizilor în lumea animală aduce în prim plan tocmai sexualitatea şi familia. Pe de altă parte însă, Freud a pus, de la început şi tot timpul, accent şi pe aspecte specific umane ale psihismului: vorbirea autoexplicativă, ataşamentul, introjectarea şi reprezentarea celorlalţi, normativitatea interdicţiilor sociale, conflictul cu sine, intoleranţa la anxietate. Această dublă orientare a asigurat psihanalizei un loc constant în cadrul ştiinţelor umane în cursul sec. XX, ea reaşezându-se mereu în noi contexte ştiinţifice. Fapt pe care îl realizează şi la începutul sec. XXI. Această persistenţă, psihanaliza o realizează punând între paranteze problema reacţiilor psihice normale şi anormale, aşa de amplu comentate şi recunoscute de psihopatologii de după Jaspers.

Psihanaliza a făcut parte din mişcarea intelectuală ce s-a dezvoltat odată cu deschiderea orizontului ştiinţelor umane. Împreună cu alte mişcări ştiinţifice sau ideologice, ca marxismul, existenţialismul, personalismul, ulterior structuralismul, freudismul a cultivat cazuistica şi hermeneutica. Dar ea a refuzat apropierea de metodologia cantitativă matematizantă. Precum şi de cea observaţională şi descriptivă, metodologie ce a susţinut gloria ştiinţelor fizice, matematice şi biologice. Astfel încât, în cadrul psihanalizei, distanţa între cele două câmpuri ştiinţifice nu s-a modificat semnificativ. De aceea, cel puţin pentru psihiatria şi psihopatologia clinică, s-a produs către sfârşitul sec. XX o conversiune de atitudine ce a dus la îndepărtarea de psihanaliză şi apropierea de cognitivism.

*

* *

Cognitivismul s-a impus ca o paradigmă ştiinţifică neoraţionalistă spre sfârşitul sec. XX, centrat fiind pe psihologie ce interpreta prelucrarea cerebrală a informaţiilor. Psihologia – spre deosebire de psihopatologia clinică ce era constrânsă de modelul medical şi stimulată de motive general antropologice – s-a putut dezvolta ca o ştiinţă experimentală de laborator. Una dintre principalele direcţii a fost în sec.XX configuraţionismul (gestaltismul), centrat pe psihologia percepţiei; şi care pornea de la abordarea intuitivă a totalităţilor, a ansamburilor concentrice şi corelate. Experimentele sale s-au extins şi în aria psihologiei animale. A doua direcţie importantă în psihologia experimentală a fost comportamentalismul (behaviorismul), care studia experimental corelaţia între stimulul aplicat unui organism şi răspunsul comportamental al acestuia. Şi această direcţie s-a extins în aria psihologiei animale, a promovat studiile statistice şi s-a

preocupat mult de teoria învăţării condiţionate. Ambele se vor integra în psihologia cognitivistă.

Paradigma cognitivistă, privită în ansamblu, se constituie evident în jurul anilor ‘80 ai sec. XX, la convergenţa mai multor arii ştiinţifice. Importantă a fost dezvoltarea ştiinţei inteligenţei artificiale, în corelaţie cu teoria prelucrării informaţiilor, cibernetica, teoria sistemelor, construcţia calculatoarelor, robotica. În această direcţie, progresul matematicii şi al unor noi ştiinţe teoretice corelate acestora a fost deosebit de important. Şi, de asemenea, cunoaşterea tot mai detaliată a funcţionării creierului şi evoluţia neuroştiinţelor. S-au adăugat progresele în zona lingvisticii, mai ales cele privitoare la lingvistica generativă şi filosofia limbajului. Progresele biologiei, privitoare la relaţia indivizilor şi populaţiilor cu mediu, la cunoaşterea, adaptarea şi influenţarea acestora, joacă şi ele un rol. Şi la fel psihobiologia, sociobiologia şi etologia, studiul comportamentelor animalelor în mediul lor natural. În sfârşit, dar nu în ultimul rând, intervine filosofia, prin ramura sa a „filosofiei minţii”, care studiază relaţia minţii cu corpul (creierul) din perspectiva subiectivă a persoanei întâi şi cea obiectivă a persoanei a treia. Chiar şi psihanaliza a jucat un rol, stând la baza primelor modele de psihoterapie cognitivă.

Psihologia cognitivistă, care se decantează în acest context, realizează dubla exigenţă de a fi deschisă experimentelor cantitative de laborator şi de a nu ignora subiectivitatea conştiinţei. Prin aceasta, ea a putut atrage şi neofenomenologia şi neopsihanaliza – regrupate în jurul teoriei ataşamentului şi a mentalizării – pentru dezvoltarea noilor ramuri ale psihologiei şi psihopatologiei developmentale şi evoluţioniste.

Aceste evenimente sunt însă de dată relativ recentă. Înaintea lor, în jurul anilor ‘80, psihiatria clinică, ce intrase într-o relativă derută în SUA, s-

a reorganizat în conformitate cu un model biomedical neokraepelinian, orientat spre fundarea patologiei psihice în disfuncţia cerebrală, la un individ decontextualizat.

Acesta este momentul apariţiei DSM III în 1980.

- Uvertură la apariţia DSM III

În 1980 a apărut versiunea a III-a a Manualului de Diagnostic şi Statistică, editat de Asociaţia Americană de Psihiatrie – APA -, considerat pe bună dreptate un eveniment în gestionarea medicală a nebuniei din zilele noastre. Naşterea sa, ca a oricărui copil minune, se cere cercetată, cel puţin pe scurt. (**2**)

Prima ediţie a manualului american DSM a apărut în 1952, în urma preocupărilor psihanalistului William Menninger. El derivă dintr-o clasificare a armatei americane din timpul războiului – denumită "Medical 2003" – la care acesta lucrase. Psihiatria americană era dominată pe atunci de viziunea azilară ce paria pe determinismul organic. Psihanaliza se prezenta astfel ca o orientare eliberatoare, mai ales pentru libera practică psihiatrică. În DSM I aproape toate tulburările ce nu apar clar determinate organic au fost numite „reacţii", în consonanţă şi cu viziunea psihiatrului elveţian naturalizat în SUA, Adolf Mayer. Concepţie mult apreciată de americani. Pentru toate bolile psihice era recomandată cura psihanalitică. Iar pentru psihopatii grave, recluziunea penitenciară.

La data apariţiei DSM I funcţionau în lume multe nomenclaturi naţionale ale bolilor psihice. Iar Organizaţia Mondială a Sănătăţii – OMS, WHO – avea şi ea un sistem de ordonare a tuturor bolilor. Clasificarea internaţională a bolilor sau ICD. A 8-a ediţie a acesteia cuprinde la nomenclatorul bolilor psihice şi scurte caracterizări. ICD a derivat din necesitatea de evidenţă statistică a deceselor pe plan mondial, odată cu

viziunea globalizării mondiale ce s-a impus în sec. XX. Din 1900 s-a publicat periodic un indice mondial al deceselor – The Bertillon Classification of Death – pe care, după al Doilea Război Mondial, WHO l-a preluat şi lărgit prin publicarea „International Clasification of Diseases", introducând în 1948 şi o secţiune de psihiatrie. Cu ocazia celei de-a 8-a ediţii a ICD din 1967, psihiatrul englez Erwin Stengel a fost solicitat să analizeze clasificările psihiatrice existente pe plan mondial. El a constatat o mare varietate a denumirilor şi interpretărilor etiopatogenice pentru tulburări ce apar ca similare, sugerând ca manualul să conţină comentarii explicative. De fapt, manualele ce sunt destinate în primul rând statisticii, au nevoie mai ales de o denumire şi o caracterizare a bolilor. Şi, desigur, de o sistematizare a lor într-un sistem nosologico – nosografic. Psihiatria, ca parte a medicinei, trebuia să respecte aceste reguli. În anul următor apariţiei ICD-8, adică în 1968, APA scoate o nouă ediţie DSM II, în care termenul de „reacţie" este scos. Dar spiritul psihanalitic şi aspectul destul de vag al caracterizării bolilor se menţin. Faptul era semnificativ pentru SUA, deoarece psihopatologia clinică se constituise, începând din sec. XIX şi până la sfârşitul sec. XX, prin observaţia îndelungată a bolnavilor din azilele Europei. În Germania, de exemplu, tratatele jucau un rol esenţial prin prestigiul autorilor. Iar formarea îndelungată a specialiştilor în clinici celebre aduce o informaţie contextuală şi tradiţională, amplificată de şedinţe şi congrese. Acest caracter tradiţional şi contextual al însuşirii problematicii psihopatologice era mult mai lent şi mai puţin pregnant în America. Motiv pentru care informaţiile prevăzute într-un manual oficial jucau un rol important. Ori tocmai acestea erau obiectivul sistemului D.S.M.

În perioada anilor 60, 70 se petrec în psihiatria internaţională – şi mai ales în cea din SUA – o serie de mutaţii. În contextul generalizării

stilului de viaţă democratic, ies tot mai pregnant în evidenţă tarele sistemului de asistenţă instituţională, azilară. Prin izolarea de viaţa curentă, acesta are un efect negativ, de accentuare şi cronicizare a simptomatologiei bolilor psihice. Experienţele făcute de psihologi în vederea lansării omului în spaţiu demonstrau clar că deprivarea informaţională, de contact social, induce tulburări psihice de tip cognitiv, ale atenţiei, dezorientare, halucinaţii, depersonalizare etc. Iar simptomele se menţineau un timp după încetarea experienţei. Microsociologi, ca de exp. Goffman, au analizat în detaliu valenţele psihologice negative în medii umane închise şi depersonalizate, ca cele ale închisorilor şi azilelor. Însăşi cercetări făcute de specialişti de prestigiu, ca Wing, asupra schizofrenilor instituţionalizaţi au demonstrat că substimularea şi lipsa de solicitare accentuează simptomatologia negativă. În sfârşit, amplificarea preocupărilor democratice, privitoare la respectarea drepturilor omului, a indus o nouă zonă de interes faţă de soarta bolnavilor psihici claustraţi în azile. (**3**)

La începutul anilor 60, în SUA, însuşi preşedintele Kennedy a transmis un mesaj în direcţia orientării spre o psihiatrie comunitară. Aceasta prevedea dezinstituţionalizarea şi efortul de a acorda asistenţă psihiatrică într-o ambianţă cât mai apropiată de mediul obişnuit de viaţă al persoanei. Orientarea comunitară pretindea înfiinţarea de centre de sănătate mentală, un efort de promovare a sănătăţii mentale şi de îndepărtare a tradiţionalei stigmatizări a bolnavilor psihici. Diverse ţări s-au angajat în astfel de programe care teoretizau continuitatea îngrijirilor între staţionar, semiambulator şi ambulator, sectorializarea, supravegherea factorilor de risc, măsuri preventive, dezvoltarea psihiatriei de legătură cu medici generalişti şi de alte specialităţi ş.a.m.d.

Programele de psihiatrie comunitară şi de promovare a sănătăţii mentale s-au dezvoltat în majoritatea ţărilor în ultimele decenii ale sec. XX. Ele au fost paralele cu o mişcare socio-politică ce susţinea o ideologie „antipsihiatrică”, bazată pe doctrina constructivismului social. Această doctrină susţinea, în varianta sa accentuată, că boala psihică este de fapt un mit, un construct social al claselor conducătoare. Care urmăresc ca, prin ajutorul dat de specialiştii psihiatri, să controleze şi să reducă la tăcere protestul unor oameni mai particulari ce nu se integrează în situaţiile tradiţionale şi oprimatoare ale societăţii de tip burghez. Cei ce refuză înregimentarea, se opun sau protestează, sunt etichetaţi ca „bolnavi mentali”. Şi sunt internaţi, trataţi în spitale de psihiatrie. În această direcţie a făcut multă vâlvă cartea lui Szasz „The mith of mental illness”. Precum şi cărţile lui Laing. Acesta face apel şi la filosofia existenţialistă a libertăţii de opţiune – Sartre – şi la psihopatologia fenomenologică – Binswanger, ce susţinea că fiecare om trăieşte „în lumea lui” specifică. Era epoca în care mişcarea hippy pleda pentru refuzul societăţii standardizate, trăind fără a munci, cu droguri, sex şi muzică. Dar în aceeaşi perioadă se ridica serios şi problema abuzurilor psihiatrico politice, în ţări cu regimuri totalitare, mai ales în URSS.

Întreagă această atmosferă a precedat apariţia DSM III. În plus, există şi o istorie ce se desfăşoară în însuşi interiorul psihiatriei, al practicii diagnosticului psihiatric şi al internărilor, a criteriilor de identificare a bolilor psihice.

În 1973 David Rosenheim a publicat în prestigiosul jurnal „Science” datele unui experiment sociologic ce a constat în următoarele. Mai multe persoane s-au prezentat la spitale de psihiatrie acuzând halucinaţii. Toţi au fost internaţi; iar pe baza unor simptome relatate, au fost diagnosticaţi ca schizofreni şi programaţi pentru tratament. A doua situaţie

celebră se referă la un studiu americano – englez în care specialişti psihiatri din cele două ţări trebuiau să pună un diagnostic pe baza unui interviu înregistrat video. Englezii au pus mai multe diagnostice de boală maniaco – depresivă la cazuri la care americanii au formulat diagnosticul de schizofrenie. S-a ridicat în mod serios problema criteriilor pe baza cărora se pune un diagnostic psihiatric. S-a argumentat în mod pertinent că un diagnostic corect depinde de informaţiile căutate şi obţinute, de interpretarea acestora, dar şi de criteriile prin care o boală e definită de comunitatea specialiştilor. Iar acum, această comunitate nu mai era cea a unei anumite clinici şi nici cea a unei ţări. Ci comunitatea ştiinţifică internaţională. Deşi contextele umane în care trăiesc pacienţii şi psihiatrii pot fi diferite, diagnosticul se cere a fi identic, peste tot reproductibil de către oricine pretinde deci definiţii mai riguroase.

Aşa cum s-a prezentat deja, DSM II, care apăruse imediat după ICD-8, adică în 1968, avea definiţii încă vagi. Deşi expresia de „reacţie" fusese scoasă, spiritul psihanalizei se păstra. Filosoful Hempel, care era preocupat de dezvoltarea ştiinţelor umane într-un mod mai riguros decât cel din proiectul iniţial al lui Dilthey, căutând o punte spre metodologia ştiinţelor naturii, a prezentat în anii 60 o conferinţă la Asociaţia Americană de Psihiatrie (APA) în care sugera utilizarea definiţiilor operaţionale în specialitate. Prin acestea, considera el, s-ar realiza un prim pas de consens între cercetători. Definiţiile operaţionale ar fi urmat să le înlocuiască pe cele vagi din acea epocă, înşirând explicit criterii de includere şi de excludere pentru fiecare categorie. În 1970, Robin şi Guze, doi cercetători de la Universitatea St. Louis din Washington, au publicat un articol în care expuneau ca şi criterii necesare pentru o categorie psihiatrică ştiinţific constituită: - să existe o descriere a simptomelor în termeni univoci; - date de

laborator care să o caracterizeze; - să fie distinsă de alte categorii; - să se bazeze pe studii follow-up şi pe studii familiale. Această abordare, ce a fost etichetată ulterior ca „neo- Kraepeliană”, avea ca intenţie plasarea bolilor psihice pe aceeaşi orbită cu cea a întregii medicini. În 1972, un grup de cercetători de la aceeaşi Universitate, utilizând aceste principii, au propus într-un articol definiţii operaţionale pentru 14 boli psihice. Acestea sunt cunoscute ca şi „criteriile Feighner”, după numele primului autor al articolului. Criteriile amintite stabilesc necesitatea prezenţei unui minim de simptome din listele caracterizante, de ex. 5 din 9. De asemenea, precizează condiţiile în care cineva poate fi considerat caz psihiatric: - dacă solicită singur ajutor medical pentru simptome; - simptomele îi creează o dizabilitate; - utilizează medicamente pentru îndepărtarea simptomelor; - simptomele se manifestă în timpul interviului, astfel încât evaluatorul le consideră „clinic semnificative”.

Preluând criteriile Feighner, Spitzer şi Endicolt au extins lista de la 14 la 25 de entităţi. Pentru acestea au construit ulterior un interviu semistructurat dând astfel naştere la Research Diagnostic Criteria – RDC. Criteriile menţionate mai sus au fost utilizate într-un număr mare de cercetări, iar rezultatele analizate atent.

Ţinând cont de toate împrejurările menţionate mai sus, APA a decis elaborarea unei noi versiuni a DSM, care să restabilească prestigiul psihiatriei printre ştiinţele medicale. În fruntea programului a fost numit Robert Spitzer, care participase şi la elaborarea DSM II, fiind apoi delegat de APA să negocieze cu reprezentanţii gay. Aceştia în 1978, au protestat împotriva includerii homosexualităţii în lista bolilor psihice. Spitzer a ales o echipă de 19 persoane, care în majoritate împărtăşeau principiile şcolii din St. Louis, mulţi fiind de la Washington. DSM III a fost publicat în 1980,

având în total 265 de entităţi nosologice, faţă de 182 în DSM II. Publicarea a fost precedată de negocieri şi compromisuri cu diverse grupe de interese, mai ales cu homosexualii şi psihanaliştii. Ultimii, pe care clasificarea şi definiţia bolilor psihice nu-i interesa prea mult, au fost însă sensibili la scoaterea termenului de nevroză din manual. Psihanaliştii etichetau toate cazurile avute sub tratament ca nevroze, astfel încât excluderea acestui termen a trebuit să fie amplu comentată şi interpretată în introducerea manualului.

DSM III, copilul minune al psihiatriei moderne. Particularităţi, inovaţii, opţiuni

Caracteristicile DSM III rezultă parţial din împrejurările istorice în care el a apărut şi care au fost menţionate. Totuşi, el exprimă mai profund spiritul unei anume epoci, în ceea ce priveşte abordarea nebuniei. Iar apariţia sa a reprezentat incontestabil un eveniment ştiinţific şi cultural, ale cărui consecinţe, neprevăzute iniţial, s-au impus progresiv.

Manualul DSM III este, prin însăşi definiţia sa, în primul rând un instrument de diagnostic în slujba statisticii. Dar, prin forţa împrejurărilor, definiţia bolilor din acest manual oficial orientează diagnosticul clinic, tratamentul şi cercetarea. Lucrurile sunt interconectate, deoarece prescrierea unei terapii eficace diferenţiază o tulburare de alta şi permite urmărirea ei în timp. Iar cercetarea care să sprijine diagnosticul şi terapia eficace, depinde de un limbaj comun al specialiştilor. Sistemul DSM III afirmă răspicat o neutralitate teoretică în ceea ce priveşte interpretarea etiopatogenică. Această formulare conjuncturală îndreptată împotriva psihanalizei, în fond nu a fost

reală. Nu e vorba doar de faptul evident că ordonarea clasificării păstrează polarizarea dintre tulburările tradiţional considerate ca fiind cauzate organic şi cele condiţionate psihoreactiv, fapt acceptat prin artificiul includerii acestei condiţionări în diagnostic. Ci mai ales de promovarea explicită un model biomedical, cu trimitere la fundarea cerebrală a tulburării psihice. E reluată astfel viziunea promovată la sfârşitul sec. XIX, dar cu dezvoltarea acesteia noi accente, determinate de grija pentru evitarea abuzurilor psihiatrice şi a stigmatizării bolnavului psihic; aspecte care nu prezentau interes în urmă cu 100 de ani. Această opţiune a condus la importantul câştig al menţinerii psihiatriei printre disciplinele medicale. Dar cu un preţ pe care cercetătorii nu s-au sfiit să-l comenteze ulterior.

Pentru început, manualul se cere prezentat prin inovaţiile sale. DSM III a fost elaborat în conformitate cu principiul definiţiilor operaţionale. Fiecare categorie e considerată o entitate distinctă de celelalte, caracterizată prin prezenţa de-a lungul unei perioade de timp, precizată, a unui număr minim de simptome – itemi – dintr-o listă maximală; simptome care trebuie să aibă o „intensitate clinică”. Se mai menţionează uneori variante clinice sau subtipuri şi se lasă o rubrică specială pentru diagnosticarea unor variante ce nu intră în definiţiile explicit prezentate. Acest sistem „prototipic” e îndreptat împotriva considerării tulburării ca având o „esenţă” subiacentă, pentru care simptomele ar fi doar o manifestare superficială. Se afirmă un anumit spirit asociaţionist, în tradiţia lui Locke. În aceeaşi categorie din DSM III pot fi plasate cazuri care au doar puţine simptome comune; iar unele simptome sunt prezente în mai multe categorii. Acest mod de caracterizare serveşte pragmatismul operaţional. Dar de-diferenţiază vechi entităţi nosologice care acum se văd dispersate în mai multe categorii ce se pot, desigur, combina. Astfel de exp. anxietatea

generalizată, atacul de panică, fobiile spaţiale, fobiile de boală, fobia socială, agorafobia cu sau fără atacuri de panică, pot fi diagnosticate separat. Pe când tradiţia le plasa sub eticheta generică de nevroză anxios – fobică. Avantajul evident al acestei fragmentări diagnostice este că fiecare dintre tulburările menţionate poate fi studiată în specificul ei. Iar dacă se combină cu alte entităţi – de ex. atacul de panică cu tulburarea bipolară – se poate detaşa o cazuistică precis individualizată pentru studiu. Dezavantajul consta în creşterea masivă a cazurilor diagnosticate ca şi comorbide, mai ales atunci când cazuistica este abordată longitudinal.

Una dintre marile noutăţi ale DSM III a fost introducerea axelor în diagnostic. Au fost diferenţiate trei axe medicale principale: Axa I pentru tulburările episodice: Axa II pentru tulburările personalităţii şi nedezvoltarea cognitiv-relaţională ale acesteia; şi Axa III pentru patologia somatică. Alte două axe au fost adăugate pentru informaţii care ar putea fi utile diagnosticului: Axa IV permite inventarierea evenimentelor stresante de viaţă din ultimele 6 luni şi evaluarea intensităţii acestora. Iar Axa V se referă la gravitatea dizabilităţii, rezultată dintr-o combinare între intensitatea simptomelor şi disfuncţionalitatea socială. Această ultimă axă, ce a fost mult utilizată în cercetările de studiere a efectelor medicamentelor, a ridicat însă probleme tot mai mari, deoarece nu permitea o comparaţie adecvată între dizabilitatea bolnavului psihic şi cea corelată altor boli. OMS-ul a promovat tot timpul un sistem de evaluare a dizabilităţilor, distinct de simptomatologia bolilor. Sistem la care noile elaborări ale DSM ar urma să se adapteze.

Sistemul DSM III e deschis spre aplicarea algoritmilor în diagnostic şi cultivă această idee, având şi o anexă în acest sens. Desigur, nu se poate vorbi şi tinde spre un diagnostic automat, pe calculator. Dar ideea nu e oficial rejectată. Se pretinde că spiritul ştiinţific obiectivant să fie

predominent, cu eliminarea pe cât posibil a subiectivismului din partea diagnosticianului. Din păcate, această atitudine se conjugă cu tendinţa de a marginaliza şi subiectivitatea pacientului. Nefiind posibil, evident, să se ignore simptomele subiective ale suferindului – care în psihopatologie sunt majoritare – se lasă deoparte calitatea de subiect conştient a acestuia, „sinele”, self-ul său, care nu e amintit formal niciunde. Intenţia autorilor manualului este de a obiectiva pe cât posibil simptomatologia psihopatologică prin comportament. Se cere remarcat că în 1980 când a apărut manualul, deşi cognitivismul modern era în ascensiune, preeminent rămânea comportamentalismul. În prezent, orientarea cognitivistă e mult mai sensibilă la „perspectiva subiectivă a persoanei întâi”, făcând alianţe cu neofenomenologia.

Atenţia majoră acordată aspectului comportamental a simptomatologiei, se corelează cu felul în care DSM concepe boala psihică. În joc se evidenţiază două tendinţe ale autorilor care parţial sunt convergente. Pe de-o parte, dorinţa de integrare în medicina generală, idee în numele căreia se tinde spre interpretarea simptomatologiei ca fiind în esenţă bazată pe disfuncţionalitatea organului creier. Pe de altă parte, dorinţa de a evita abuzurile etichetărilor sociale şi discriminarea. Consecinţa acestor atitudini se reflectă în definirea bolii mentale care, deşi scurtă şi aparent vagă, e profund semnificativă.

În primul rând, se renunţă la expresia de „boală psihică” în favoarea celei de „tulburare psihică şi comportamentală”, în ideea că expresia de boală e stigmatizantă. Iar acceptarea tulburărilor psihice în cadrul medicinei era deja asigurată. Expresia e însă bizară, deoarece din ea ar rezulta că termenul „psihic” se referă la ceva specific omului, probabil la subiectivitate, anulând astfel problematica psihismului animal. Cât priveşte

accentul pus pe „comportament” acesta nu mai trebuie comentat. Particularitatea rezultă însă din altceva, din caracterul de entitate distinctă de subiect, de persoană, care i se atribuie bolii. Individul poate „avea” boala, o poate „poseda”, ea deci vine şi pleacă, e îndepărtată eventual prin tratament, oricum e străină de biografia şi structura psihică a suferindului. Manualul atrage atenţia că e vorba de o clasificare a tulburărilor mentale şi nu a indivizilor ce le au. De aceea se cere evitarea unor expresii ca „un schizofrenic”, „un alcoolic” şi utilizarea expresiilor „un individ cu schizofrenie”, „un individ cu dependenţă alcoolică”.

Atitudinea menţionată e meritorie în perspectiva evitării stigmatizării. Dar ea se corelează din păcate cu alte caracteristici ale sistemului, care conduc spre o specială înţelegere a tulburării mentale. La o serioasă analiză, făcută din perspectiva valorilor, Sandler evidenţiază următoarele caracteristici ale DSM III: empirism, hiponarativitate, individualism, pragmatism, tradiţionalism. Psihopatologia – nebunia – e înţeleasă de DSM III ca desfăşurându-se într-un individ decontextualizat de ambianţă şi de propria-i biografie. Manualul precizează încă:

Sindromul sau configuraţia de simptome „semnificative clinic” ce apar la un individ şi caracterizează tulburarea psihică să nu fie răspunsul la un eveniment special (de ex. moartea cuiva iubit), aşa cum este el resimţit şi trăit în mod obişnuit în cultura respectivă. Nu se consideră tulburare mentală comportamentul deviant (politic, religios sau sexual) sau conflictele dintre individ şi societate dacă acestea nu sunt simptome ale unei disfuncţii la nivelul individului”.

Aspectul pozitiv al delimitării de contextul psihosocial pe care-l face manualul, se izbeşte, la fel ca „intensitatea clinică a simptomelor”, de o problemă de prag, în cadrul unei continuităţi ce nu poate fi trasată şi

identificată cu deplină obiectivitate ştiinţifică. Şi, mai ales, se izbeşte de absenţa identităţii biografice, care poate media legătura cu nenumăratele evenimente semnificative psihotraume trăite de om. Acest paradox că, pe de-o parte, tulburarea este „în individ", iar, pe de altă, parte el „o are" – şi nu „este" un om tulburat – e un paradox ce nu are soluţie decât prin trimitere la disfuncţia cerebrală. Delimitându-se de psihanaliză, sistemul DSM III a aruncat peste bord şi reacţiile psihologice anormale ale lui Jaspers, cu toată dezvoltarea detaliată şi interpretarea acestora făcută peste jumătate de secol, de către psihopatologia germană tradiţională. Precum şi cu dezvoltarea lor ulterioară în psihopatologia anglo-saxonă, în varianta constituirii unei „vulnerabilităţi" personale. Este adevărat că doctrina vulnerabilitate/stres s-a constituit ferm abia după 1980; deci nu era la dispoziţia redactorilor atunci când acest sistem a fost elaborat. Dar DSM III are o opacitate intrinsecă faţă de apelul la context, fie că e vorba de contextul imediat şi relaţional, fie că e vorba despre cel biografic. Dezbaterile din ultimii ani cu privire la eventualitatea introducerii în DSM V a „tulburărilor relaţionale" – maritală, părinţi/copii în cadrul tulburărilor de personalitate – au arătat acest lucru. Omul ideal pentru tulburarea psihică din DSM tinde să fie, în condiţia sa extremă, un automat ce poate fi citit prin comportamentul său actual; şi pentru care diagnosticul e algoritmizabil.

Opacitatea de sistem a DSM III faţă de contextul biografic, faţă de identitatea specifică a subiectului şi faţă de contextul uman actual, este o problemă pentru care amplele dezbateri din jurul elaborării DSM V caută o rezolvare. Desigur, există şi multiple alte probleme clinice care sunt în prezent discutate, cum e cea a raportului dimensional/categorial, a comorbidităţilor şi continuităţii cu normalitatea, a spectrelor patologice etc. Toate însă se corelează cu concepţia despre om care e avută în vedere.

Această concepţie tinde în prezent să se flexibilizeze şi ea, să asimileze percepţia subiectivităţii şi a contextului uman, sub presiunea dezvoltării noilor doctrine. Dar suntem încă la DSM III şi la viziunea sa despre om şi boala mentală. Ori aceasta este în esenţă una biomedicală, centrată pe o disfuncţie a organului creier. Fapt care de atunci şi până în prezent, nu s-a schimbat fundamental.

Înainte de a comenta ce s-a întâmplat după 1980 cu înţelegerea tulburării mentale, se cere subliniat că spiritul ce a condus la DSM III este unul care a învins. Şi care e şi în prezent dominant, cu toate paradoxurile sale. Este spiritul unei democraţii care acceptă dialogul, dezbaterea, criticile, punctele de vedere, diversitatea. Dar care, aparent paradoxal, are nevoie tot timpul de un punct de vedere oficial. Cine câştigă alegerile deţine puterea până o va pierde. Chiar dacă adevărul său e parţial şi practicile sale criticabile. Alternativele sunt libere să se dezvolte, îşi pot proclama adevărul lor. Oamenii sunt liberi să gândească, să interpreteze, să opteze. Dar ceea ce e instaurat ca oficial, rămâne „adevărul" oficial al vremii respective.

- <u>Marşul triumfal şi problematic al sistemului DSM</u>

DSM III a avut destul de repede succes, probabil şi datorită accesibilităţii sale, a modului relativ simplu de a tranşa problema unui diagnostic reproductibil. În anii 80 s-a dezvoltat o industrie a interviurilor semistructurate care permitea, printr-un antrenament relativ scurt, accesul la un diagnostic de cercetare, fapt solicitat intensiv de industria farmaceutică. DSM III a fost tradus în multe limbi – în 16, în primii 5 ani – şi s-a impus ca referenţialul principalelor manuale de învăţământ din SUA. Şi în primul rând al celui oficial, cunoscut sub numele editorului Kaplan. Statistica, practica spitalicească şi ambulatorie, învăţământul, expertizele şi referinţele din mass-media privitoare la „tulburări mentale" s-au făcut de acum încolo pe baza celor scrise în acest manual. Dezbaterile publice ale specialiştilor s-au intensificat şi ele şi la fel criticile. La doar 7 ani de la publicare a apărut o nouă ediţie, pe baza revizuirii literaturii şi a comentariilor apărute între timp. Noutăţile însă nu au fost mari. Câteva schimbări de denumire, - de exp. „tulburarea paranoidă" devine „tulburare delirantă", - câteva noi entităţi

introduse – exp. tulburarea dismorfic corporală, tulburările de somn. În noua sa variantă, DSM III –R a fost intens utilizat în cercetare, susţinând mai ales studiile orientate biologic. El a continuat să fie comentat şi criticat, trebuind să facă acum faţă unor proteste feministe. După 1990, o nouă revizie s-a impus, mai ales deoarece urma să apară o nouă ediţie OMS a „Clasificării internaţionale a bolilor", CIM, în care capitolul dedicat bolilor psihice era reorganizat după principiul definiţiilor din DSM III.

Elaborarea DSM IV s-a făcut ţinându-se cont de principiile „medicinei bazate pe dovezi", care în acea perioadă se impusese, pornind de la aplicarea ei în Marea Britanie. De asemenea, deoarece prezenţa unei entităţi clinice în DSM căpătase un deosebit prestigiu, comitetul redacţional a trebuit să facă faţă unei mari presiuni a solicitărilor de introducere a unor noi categorii. S-a procedat la o amănunţită revizuire a literaturii publicate, evaluată după exigenţe stricte; şi s-au efectuat multe cercetări în teren – „field trial-uri". Ca rezultate, DSM IV conţine 354 categorii, faţă de 295 în DSM-III-R şi are 886 pagini. Pe lângă noile categorii, unele dintre cele existente au fost revizuite sau li s-au elaborat subclase. Comitetul de redacţie a acceptat un amplu dialog, a acceptat că valorile sunt în mod necesar implicate în diagnostic şi a recunoscut funcţia socio-politică importantă a clasificării. DSM IV a apărut în 1994, după ce în 1992 apăruse ICD-10.

Capitolul de psihiatrie din ICD-10 - Capitolul F – e doar o parte a clasificării de ansamblu a bolilor şi nu o carte special dedicată tulburărilor psihice, ca DSM IV. El respectă structura de ansamblu a întregului volum şi a concepţiei OMS despre boli şi accidente, ca diferite de consecinţele dizabilitante ale acestora. În consecinţă, OMS a pregătit şi a publicat în 2000 un volum special dedicat evaluării dizabilităţilor. Acesta se reflectă deja în evaluarea tulburărilor psihice din ICD-10, în volumul dedicat diagnosticului pe axe. În ce priveşte lista categoriilor, ICD-10 este în mare similar cu DSM III-IV, inclusiv în ceea ce priveşte ordinea prezentării şi elementele de circumscriere. Există şi diferenţe notabile: ICD-10 păstrează termenul de nevroză; precum şi unele grupaje tradiţionale ale simptomelor – exp. cele ce se referă la tradiţionala nevroză isterică; şi unele diferenţe de caracterizare: exp. în cazul schizofreniei sau al tulburării de personalitate instabilă. Diferenţa principală faţă de sistemul DSM constă însă în abordarea problematicii tulburării mentale în mai multe volume separate. Pe lângă textul ce se referă la nomenclatură, sistematizare şi definiţii, OMS a publicat volume separate pentru cercetare, diagnostic pe axe, pentru uzul medicilor de familie, pentru personalul auxiliar, glosar pentru sănătate mentală. Această abordare multifaţetată relaxează tensiuni ca cele ce gravitează în jurul sistemului DSM.

Faptul de a avea un volum distinct pentru cercetare a fost şi este susţinut de mulţi experţi, pentru a permite dezvoltarea unor modele paralele şi concurente. El nu a fost însă acceptat de bordul DSM nici în prezent. Astfel, în vederea adaptării DSM V, Institutul Naţional de Sănătate Mentală din SUA a adoptat un program propriu de cercetare psihiatrică, distinct de manual, centrat pe studierea unor funcţii cerebrale, prezumate a sta la baza tulburărilor psihice. O diferenţă importantă e prezentă în diagnosticul pe axe promovat de OMS. Pe prima dintre cele trei axe se concentrează toată patologia; a doua se referă doar la dizabilităţi evaluate în principalele arii de funcţionare socială; iar a treia se referă la factori contextuali care, invocând codurile Z, permit o parţială reconstituire a biografiei.

După apariţia DSM IV, s-a ridicat problema că revizuirile prea dese nu sunt de dorit, deoarece perturbă proiectele de cercetare şi rezultatele acestora, care trebuie să se reconvertească metodologia şi să reinterpreteze rezultatele. De aceea, DSM IV a fost menţinut, publicându-se doar o nouă ediţie ca text revizuit. Iar o nouă revizuire, DSM V, a fost proiectată la aproape 20 de ani după DSM IV, pentru 2012; şi care a fost de asemenea amânată. (**4**)

Esenţial e faptul că la sfârşitul sec. XX şi a mileniului doi, nebunia a fost bine circumscrisă în cadrul medicinei, ca o specialitate a acesteia, de cauză necunoscută încă, prezumată a avea la bază disfuncţii cerebrale. Această viziune, cu toată valoarea pentru cercetare şi tratament, e o opţiune parţială care aduce în prin plan o înţelegere specială a specificului uman al psihismului, distinct de cel psihobiologic.

Acest om, care prezintă tulburări mentale pe baza unei disfuncţii aflate în individ, poate fi conceput, desigur, ca un om care se dezvoltă şi se dezvăluie din el însuşi. Se pune astfel între paranteze tot ceea ce în cursul personogenezei şi în derularea existenţei cuiva reprezintă o relaţie interpersonală, intersubiectivă, formativă, de sprijin, de implicare reciprocă. De asemenea, se marginalizează realitatea culturii umane, cu toată istoria, ce urmează procesului de antropogeneză, cu toate operele sale de artă şi ştiinţă. Exterioare omului – deci individului ce posedă o tulburare mentală – devin şi instituţiile, practicile, normele, valorile, cunoştinţele, istoriile, personajele culturii, teoriile, doctrinele, pe care el totuşi le asimilează prin intermediul logosului. Şi în practicarea cărora e în mod constant implicat.

Dar, mai ales, acest individ dereglat psihic, apare în continuare ca un mecanism ce funcţionează comportamental, fără să se vorbească despre sinele - self-ul său reflexiv şi intenţional, intersubiectiv, cu întreaga sa identitate biografică. Sine ce preia o imensă moştenire bio-psihologică. Şi

care conduce subiectul prin lumea sa umană comunitară şi culturală, în mod responsabil, spre împliniri, depăşind adversităţi şi eşecuri.

Oare exigenţele unei ştiinţe obiective şi exacte să nu găsească punţi de legătură suficiente cu tradiţiile milenare ale înţelegerii de sine a omului? A omului normal, genial şi nebun!

Meditaţie finală

Când treci în zbor istoric, inevitabil rapid, cu elicopterul să zicem, peste un eveniment cum a fost apariţia DSM III în 1980 – şi cu avionul peste restul istoriei nebuniei – poate merită să te opreşti o clipă, pentru a respira şi medita. Ce s-a petrecut oare atunci, la începutul anilor optzeci? Şi de atunci încoace?

Psihiatria a ajuns o ramură oficială a medicinei în urmă cu 200 de ani. Şi totuşi, parcă doar acum ea pare convinsă că şi-a câştigat statutul deplin de ştiinţă medicală. Ştiinţă ce acceptă modelul medical al unor tulburări fundate în individ, detaşat de contextul său imediat şi de cel biografic, pentru a se manifesta prin disfuncţii psihice ce exprimă perturbări ale unui organ din corpul său, ale creierului.

Dar trimiterea la această fundare cerebrală nu e deloc nouă. Ea a funcţionat şi în sec. XVIII, a fost promovată cu convingere în a doua jumătate a sec. XIX, a stat la baza instituirii nosologiei psihiatrice prin Kraepelin. Şi nu a fost ignorată nicio clipă de psihopatologia clinică germană, în cadrul căreia Jaspers şi Schneider credeau cu tărie că la baza schizofreniei, de exemplu, stă o încă necunoscută disfuncţie cerebrală. Univers al psihiatriei germane care, împreună cu întreaga tradiţie a psihopatologiei europene, nu a ignorat însă nici reacţiile anormale comprehensibile, nici medierea genezei tulburărilor prin intermediul personalităţii, a eredităţii, a biografiei, a mediului familial. Şi atunci, de ce a trebuit să se nască noul spirit ştiinţific al psihiatriei în SUA, către sfârşitul veacului XX?

Poate unul dintre răspunsuri ar fi: detaşarea şi libertate ce ţi-o permiţi când nu te învăluie atmosfera tradiţiei. Atmosfera culturală şi ştiinţifică a tradiţiei este ca şi aerul ce-l respiri, îţi intră în trup, face parte din tine fără voia ta. Degeaba clasica şi solida psihopatologie germană şi-a încheiat misiunea. Poate prin terminarea firească a proiectului în care se angajase. Poate şi prin nebunia războiului. Degeaba francezii, italienii, scandinavii şi mai ales englezii au înţeles şi ei că vremea azilelor s-a terminat, că e necesară acum şi o psihiatrie comunitară. Toată această parte a lumii, în care psihiatria modernă se forjase în mai mult de un veac, trăia într-o atmosferă care nu permitea ideologiei să ameninţe edificiul psihiatriei clinice. Deşi nu se gândeau la definiţii operaţionale, europenii nu-şi puneau problema dacă psihozele există realmente. Sau, ca alternativă, dacă nu cumva reprezintă un construct social al puterii politice. Că poate deveni şi aşa ceva, da. Dar certitudinea unei prezenţe reale a bolii psihice, a încarnării nebuniei în medicină, era în Europa prezentă. În schimb, tradiţia făcea, poate, să nu existe o suficientă detaşare pentru a înregistra, prezenta şi studia cazuistica astfel, încât ea să fie înţeleasă şi recunoscută şi de cei care erau lipsiţi de atmosfera tradiţiei. Iar aceasta era, desigur, un handicap.

Proiectul DSM III-IV realizat în SUA a favorizat explicit studiile care scoteau în evidenţă faptul că stările psihopatologice sunt corelative unei disfuncţii cerebrale, favorizând modelul medical. Consolidarea poziţiei medicale a psihiatriei nu poate constitui însă o frână pentru studierea tulburării mentale dintr-o perspectiva mai deschisă şi amplă, aşa cum face doctrina vulnerabilitate/stres, cea developmentală, cognitivismul, neofenomenologia şi doctrina evoluţionistă. Toate acestea se cer articulate împreună cu psihopatologia clinică, pentru a circumscrie mai ferm o arie de cercetare antropologică.

Capitolul X Note şi Bibliografie

1. Kretschmer se înscrie în deschiderea ce s-a produs pentru psihopatologie prin doctrina reacţiilor comprehensibile anormale. Opera sa aduce în discuţie unul din punctele nevralgice ale acesteia : ideea continuumului.

128. Kretschmer E. (1949), Medizinische Psychology, Ed.Gh.Thieme, Stuttgart

Jaspers, acceptând articularea unora din fenomenele psihopatologice cu trăiri normale, considera că există totuşi un „punct de ruptură", care era exemplificat prin „procesul psihopatologic" ce conduce la mutaţia ce se produce prin delirul primar. Ideea a fost aplicată apoi şi la depresie, patologia stărilor melancolice fiind marcată, după Schneider, de un aspect „vital", caracterizat prin depersonalizarea anhedonică. Kretschmer caută să ignore acest salt, analizând cazuri la care, pe fondul unei structuri de personalitate particulară, se alunecă de la prevalenţă la delir.

Această idee a continuumului este reluată în prezent în cadrul concepţiei spectrelor maladive, corelată cu doctrina vulnerabilitate/stress (ca viziune). În cazul schizofreniei de ex. zonele avute în vedere sunt : schizotaxia (Meehl) normală, schizotipia, schizofrenia. În cazul bipolarităţii, se trece de la temperament la formele subclinice şi de intensitate medie – ciclotimie, distimie – spre forme clinice de diverse intensităţi. Dar, în prezent, perspectiva clinică beneficiază şi de o viziune statistică. Precum şi de o concepţie a vulnerabilităţii latente (însoţită de markeri), ce se poate accentua prin oscilaţia unor factori intrinseci şi extrinseci. O astfel de abordare nu exista pe vremea lui Kretschmer.

2. Reconstituirea istorică a împrejurărilor în care s-a redactat şi publicat DSM-III şi versiunile sale ulterioare a fost făcută insistent în ultimul timp, parţial chiar de participaţii la aceste evenimente. Mai ales în ultimii ani, în contextul dezbaterilor în vederea redactării DSM-V, interesul faţă de acest proces a fost mare. Dintre lucrările de sinteză menţionăm:

129. Millon T., Krueger R.F. Simonsen et all (Eds) (2010), Contemporary Directions in Psychopathologie, Scientific Foundation of the DSM-V, ICD-11, The Guilford Press, New York, London

130. Kendler K.S., Parnas J. (Eds) (2012), Philosophical Issues in psychiatry : nosology, Oxford University Press

131. Salloum, M, Mezzich J.E. (2009), Psychiatric Diagnosis, Wiley Blackwell, World Psychiatric Association

132. Regier DA, Narrow W.E. et all (Eds) (2011), The conceptual evolution of DSM-5, American Psychiatric Publishing Inc. Washington DC, London, England

3. Istoria mişcării antipsihiatrice din anii 60. 70, care a pariat pe o variantă accentuată a constructivismului social, a fost şi ea scrisă în repetate rânduri. Câteva cărţi de referinţă ale acelei perioade sunt:

133. Szasz T.S. (1972), The Myth of Mental Illness, Routledge, London

134. Cooper D. (1968), Psychiatry and Anti-Psychiatry, Tavistock, London
135. Goffman E. (1971), Asylum, Ed.Pinguin, Book
136. Wing J.K., Brown G.W. (1970), Institutionalism and schizophrenia, Cambridge University Press

4. Proiectul DSM-V a dus la ample dezbateri şi la o agendă de lucru realizată parţial în comun cu redactorii ICD-11 pentru psihiatrie. Un obiectiv esenţial pentru ambele proiecte a rămas accesibilitatea asigurării fidelităţii diagnosticelor şi, pe cât se poate, a validităţii lor, în sensul unei corespondenţe cu tulburări reale. Rezultatele dezbaterilor şi cercetărilor au făcut obiectul mai multor publicaţii. Dintre acestea, pe lângă deja menţionate, mai indicăm:

137. Kupfer D.J., First M.B., Regier D.A. (2002), A Research Agenda for DSM-V, American psychiatric Association, Washington DC
138. Helzer J.E., Hudziak J.J. (2002), Defining Psychopathology in the 21 st Century. DSM-V and Beyond, American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC, London, England
139. Phillips K.A., First M.B., Pincus H.A. (2003), Advacing DSM. Dilemas in Psychiatric Diagnosis, American Psychiatric Association, Washington, DC
140. Beach S.R.H., Wamboldt M.Z. et all (2006), Relational Processes and DSM-V, American Psychiatric Association, Washington D.C., London, England
141. Narrow W.E., First M.B. et all (2007), Age and Gender considerations in Psychiatric Diagnosis, American Psychiatric Association, Arlington, Virginia
142. Heltzer J.E., Kraemer H.Ch. et all (2008), Dimensional approaches in diagnostic classification, Refining the Research Agenda for DSM-V, American Psychiatric Association, Arlington, Virginia

Întreg procesul de elaborare a DSM-V şi ICD-11 pleacă de la situaţia obiectivă a existenţei psihiatriei ca ramură a medicinei, de la condiţia de tulburare (boală) a tradiţionalului "nebuni", recunoscându-se însă înrădăcinarea sa în variante normale şi maraginale de existenţă. Problema "ce e tulburarea mentală?" în perspectiva general antropologică, nu a stat în centrul acestor preocupări şi dezbateri.

Capitolul al XI-lea

Psihopatologia, simţul comun şi sinele persoanei conştiente
Perspectiva fenomenologică

Au trecut o sută de ani de la apariţia Psihopatologiei generale a lui Jaspers, (1) lucrare ce a deschis calea spre înţelegerea bolilor mentale ca derivând din trăiri normale, prin intermediul reacţiilor comprehensibile şi a situaţiilor limită. Depresia clinică e comparabilă cu doliul, delirul de gelozie cu gelozia justificată. Dar, la fel cum nebunii furioşi trebuiesc internaţi şi trataţi în clinici, la fel ar exista o limită ce desparte nucleul patologiei psihiatrice incomprehensibile de anormalitatea pe care încă o înţelegem, ca variantă excesivă a naturii umane. Intrarea după zidurile azilului simbolizează trecerea, printr-un proces psihopatologic, pe o altă orbită existenţială. Psihismul psihoticului, structura acestuia, se prăbuşeşte în spatele unor ziduri interioare, care fac dificilă integrarea comunitară.

Aşa gândea Jaspers la începutul secolului XX. De atunci, lumea noastră umană s-a schimbat într-o oarecare măsură. Dacă ar fi să folosim un cuvânt drag azi biologiei, am spune că a evoluat. Sau, cu o altă expresie ce e de mulţi comentată critic, s-ar spune că am progresat. Cu toate criticile ce se aduc conceptului de progres, metamorfozele diferenţiatoare pe care le etalează mersul istoriei evidenţiază un plus cantitativ şi chiar calitativ în anumite direcţii. De exemplu, o creştere a cunoaşterii şi o amplificare a democraţiei, cu toate bunele şi relele pe care aceste fapte le comportă.

A crescut cunoaşterea omenească şi în domeniul tulburărilor psihice, la fel ca în toată medicina. Fapt ce permite o mai bună tratare şi prevenţie, o integrare comunitară şi un destin mai benefic pentru persoana afectată. Iar

creşterea acestei cunoaşteri rezultă din convergenţa unor domenii variate de preocupare, studiu şi acţiune. Manualele DSM III-IV şi V sistematizează cunoaşterea medico-psihiatrică acumulată în această direcţie pentru uzul diagnosticului, statisticii, cercetării şi învăţământului, funcţionând ca un ca text de referinţă. Progresul sau creşterea cunoaşterii în domeniul psihopatologiei şi medicinii psihiatrice se realizează în multiple instanţe ale practicii cercetării, girată de variate instituţii şi susţinută de doctrine teoretice ce-şi au coerenţa lor proprie. Suntem, evident în altă lume umană decât în urmă cu o sută de ani.

Există însă şi lucruri care au rămas la fel. Astfel, dacă un om e afectat de o tulburare mentală, de anxietate, depresie, manie, obsesie, delir sau dezorganizare, el poate ajunge sau nu în vizorul celor angrenaţi în practica medicinei psihiatrice. Poate fi vorba de un adult dintr-o ţară africană ce are la dispoziţie un singur psihiatru la 1.000.000 locuitori. Sau, de un bătrân dintr-o ţară europeană, părăsit de rude într-un sat de munte. Instalarea şi existenţa unei tulburări psihice la un individ şi procesul de diagnosticare urmat de tratament, sunt aspecte complementare dar diferite. În al doilea, intervine desigur ştiinţa medicală a psihiatriei, reperele din DSM IV TR pentru un diagnostic corect, informaţiile din tratate. Precum şi procesul educativ prin care s-a format psihiatrul ce diagnostichează cazul, experienţa şi informaţia pe care el a dobândit-o, modul său de a gândi, abilităţile sale de practician. Iar toate aceste particularităţi ale terapeutului, format în instituţiile ce practică învăţământul medico-psihiatric, se referă la cunoaşterea ştiinţifică considerată ca validă într-o socio cultură dată. Cunoaştere, ce se modifică în timp, desigur amplificându-se, pe baza rezultatelor ştiinţifice obţinute în diverse instanţe de cercetare, de studiu. Dar perturbarea nemijlocită a stării psihice a unui om nu ştie prea multe despre

progresele psihiatriei. Ea exprimă disfuncţii ale unei structuri psihice individuale ce s-a organizat în sute de mii de ani, fiind modelată de cultura unei vremi istorice.

Faptul că ştim mai multe, că lumea trăieşte o viaţă mai lungă şi mai confortabilă decât în urmă cu o sută de ani, nu modifică schema generală tradiţională de relaţionare între un individ concret şi oamenii din jurul său, între lume umană concretă, organizată prin structura practico teoretică a societăţii în care trăieşte. În care îşi desfăşoară viaţa, între naştere şi moarte, înconjurat de familie şi cunoştinţe, de vecini şi de persoanele oficiale ale comunităţii, împărtăşind cunoştinţele şi credinţele vremii. Lume umană proximă de care el aderă, în mijlocul căreia acţionează, la care participă. Şi în care se integrează prin asimilarea şi practicarea unor statute şi roluri sociale. Lume în care învaţă şi munceşte, participă la desfăşurarea cultului religios şi la sărbători, la alegeri politice, procese judiciare şi uneori la războaie. În care întâlneşte oameni bolnavi, putându-se îmbolnăvi el însuşi. Caz în care face apel la medici, la instituţiile medicale. Lume în care, omul pe care îl invocăm îşi desfăşoară viaţa zi cu zi, în înţelegere şi consens cu ceilalţi, ghidat de un bun simţ comun. Şi în care mai au loc, desigur, şi dispute urmate de împăcări. În care iubeşte şi creează.

Boala şi defectul trupesc perturbă integrarea în viaţa comunitară. Şi la fel boala sau tulburarea mentală. Ea alterează în primă instanţă simţul comun. Instanţele medicale şi psihiatrice ale vremii noastre au înţeles acest lucru. De aceea Organizaţia Mondială a Sănătăţii, - OMS - pe lângă clasificarea şi definiţia bolilor, publică periodic şi o sistematizare a handicapurilor şi disabilităţilor funcţionale, consecutive acestora. Fapt care afectează integrarea socială.

Psihiatria, care se preocupă de depistarea, diagnosticarea, tratarea şi reabilitarea socială a celor cu tulburări mentale, e interesată în mod special de funcţionarea normală şi de integrarea comunitară a individului, în cadrul vieţii de zi cu zi. Deci, de felul în care el se autoîngrijeşte şi se autogospodăreşte, interacţionează cu alte persoane, se deplasează, învaţă, comunică, participă la ariile majore ale vieţii. Ea e interesată de afirmarea sa în grupuri sociale proxime, în care subiectul îşi exercită diverse statute şi roluri sociale. La locul de muncă dar şi acasă, în gospodărie, în familie, faţă de soţul şi copiii săi. Precum şi în afara casei, la nivel comunitar, cu prietenii, în împrejurări politice sau când se relaxează. Acest aspect, care implică simţul comun, a reapărut şi s-a impus în centrul preocupărilor specialiştilor în psihopatologie şi sănătate mentală din zilele noastre. Şi aceasta deoarece, atunci când se ridică problema prezenţei unei tulburări mentale la o persoană, primul loc în care aceasta se manifestă este acela al vieţii sale de zi cu zi, în mijlocul comunităţii.

Cu simţul comun începe o întreagă istorie. Dar, dacă ne referim cel puţin la câteva dintre tulburările psihice bine cunoscute, nu doar de psihiatri ci de toată lumea, rezultă că acestea, înainte de a fi diagnosticate pe bază de criterii şi inventariate prin liste de simptome de către psihiatri calificaţi, modifică stilul de manifestare, prezenţa subiectului în raport cu ambianţa sa umană nemijlocită. Adică, perturbă felul său de a-şi trăi prezentul său propriu, prin raportare la situaţii, în mijlocul comunităţii. Fapt care se repercutează asupra integrării sale în viaţa umană curentă.

Chenar 50

Structura CIF Clasificarea internaţională a funcţionării, disabilităţilor şi sănătăţii, Organizaţia Mondială a Sănătăţii, Geneva, 2003, versiunea română.

Instrumentul de evaluare, după ce trece în revistă funcţiile organismului şi structura corpului, se centrează pe activităţile specific umane care susţin participarea la viaţa comunitară. Sunt avute în vedere : - învăţarea şi aplicarea cunoştinţelor; - comunicarea (inclusiv prin utilizarea instrumentelor); -

Astfel de tulburări ale “bunei prezenţe” a omului în situaţii în care el ar trebui să-şi rezolve problemele şi să colaboreze cu alţii, pot fi sesizate uşor de cei din jur. Uneori, câte un om ce se află într-o stare infecţios febrilă, poate deveni confuz. El nu mai percepe clar ce e în jur, e dezorientat, nu mai ştie unde şi când se află, poate avea vedenii, parcă ar trăi un vis cu ochii deschişi. E vorba acum de o stare de delirium în care vigilitatea lucidităţii conştienţei e perturbată. Dar raportarea la situaţie poate fi perturbată şi dacă această vigilitate e intactă. Depresivul patologic pur şi simplu nu mai e interesat de ce se petrece în jur, de ambianţă, de situaţia prezentă, trăind repliat pe sine, rumegându-şi incapacitatea şi vinovăţia. O raportare neadecvată la situaţie o întâlnim şi la maniacal. Şi el e vigil, uneori chiar hipervigil, percepând cu acuitate detaliile ambianţei actuale. Dar acum subiectul nu se ancorează în prezentul situaţional deoarece e proiectat cu viteză crescută spre un viitor a toate posibil. Privirea, vorbirea, şi comportamentul, toate sar de la una la alta astfel încât nu se ajunge nicicum la implicare în rezolvarea efectivă a unei situaţii ce priveşte subiectul. Obsesivul, la rândul său, are dificultăţi importante în sinteza unei raportări situaţional adecvate, fiind sustras de la aceasta prin invazia ideaţiei repetitive şi a compulsiilor de anulare a acestora, în afara problemelor prezente.Cât despre deelirantul monotematic, fie că e convins de infidelitatea soţiei sau de existenţa unei boli incurabile, el e ancorat într-o temă transsituaţională. Fapt ce-l fascinează şi nu-i mai permite derularea firească a vieţii de zi cu zi, cu problemele sale curente actuale.

S-ar putea spune că, ceea ce se petrece în situaţiile menţionate mai sus este o “de-situaţionalizare” a subiectului, ce nu mai reuşeşte să structureze sintetic prezentul său trăit. A fi prezent la situaţiile lumii ambientale, alături şi împreună cu alţii, înseamnă a te angrena în rezolvarea problemelor care te

afectează. A fi sensibil la ele, a le detecta, a le înţelege şi a le da de capăt, eficient, în colaborare cu alţii, păstrând simţul măsurii. Prin această prezenţă adecvată la situaţie, se împlineşte "prezentul trăit", timpul actual în care subiectul trăieşte, sprijinindu-se pe trecutul rememorabil şi viitorul dorit. La acest nivel se evidenţiază şi funcţionează "simţul comun", care imersează subiectul în "evidenţele" vieţii cotidiene. Care sunt pentru el ca de la sine înţelese. Şi pe care se bazează atunci când îşi programează actele şi proiectele, apelând la alţii, evaluând informaţiile şi propunerile. Acest simţ comun situaţional presupune aderenţa subiectului de ambianţă, de lumea înconjurătoare. Capacitatea de a fi afectat de aceasta, de a se acorda la ea, de a rezona la problemele persoanelor semnificative. Şi astfel, de a se implica adecvat în problemele vieţii, în evenimentele actuale, în situaţiile care-l privesc şi-l interesează. Şi pe care rezolvându-le, structurează prezentul său trăit, ce se impune ca o breşă între trecutul şi viitorul personal, pe fondul duratei identitare. Manifestările unui subiect pot fi înregistrate prin comportamentul său exterior. Dar ele pot fi analizate şi din perspectiva subiectiv interioară a structurării prezentului său situaţional, prin care se articulează de lume. În ambele perspectove intervine simţul comun (chenar 51).

Simţul comun e un termen popular. Si în acelaşi timp un vechi concept filosofic, folosit deja de către Aristotel. El se referă la abilitatea spontană, a oamenilor de asimila şi practica regulile de convieţuire socială, de a se afirma adecvat în cadrul vieţii curente, de zi cu zi. De a interpreta realitatea şi de a se raporta activ la ea, prin comportamente pe care subiectul le împărtăşeşte cu semenii. Cadrul regulilor şi semnificaţiilor e asimilat şi utilizat de obicei nereflexiv, cu măsură, pe baza ataşamentului faţă de lume şi alţii, a "acordării" sufleteşti cu ceilalţi. Intră în joc o *habituare,* o

obişnuire a subiectului cu ceea ce se petrece zi de zi în lumea umană în care trăieşte, în atmosfera familială şi socială în care creşte şi există, cu ceea ce se cere şi “se cade”.Fapt ce permite o adecvată proporţionare a evaluărilor şi acţiunilor. Tipurile de abilităţi şi acţiuni curente care permit această integrare comunitară pe baza exercitării rolurilor sociale, pot fi sistematizate de experţi, aşa cum se procedează în instrumentele deja menţionate ale OMS. Pentru descifrarea acestui simţ comun se poate însă porni şi pe o altă cale, cea a inventarierii unora din aspectele obişnuite ale vieţii. Fapt care ne-ar putea evidenţia structurile concentrice ale funcţionării sinelui persoanei conştiente.

Putem porni alături de un om care s-a trezit bine din somn, s-a înviorat cu un duş, şi-a băut cafeaua şi pleacă la treabă. Dacă e tâmplar, el intră în atelier şi făureşte un scaun; dacă e chirurg ajunge la spital şi realizează operaţia pe care şi-o programase; dacă e pictor, s-ar putea ca în acea dimineaţă să aştearnă pe pânză o natură moartă; un cercetător va consemna datele observaţionale ale experimentului ce l-a pregătit şi le va prelucra statistic; un depanator va realiza în cadrul programului său de muncă defecţiunile ce i-au fost semnalate. Dacă e profesor va ţine un curs. Pentru toate aceste activităţi subiectul trebuie să perceapă adecvat ambianţa, ca un spaţiu al acţiunilor posibile. El îşi va atinge obiectivele parcurgând etapele planificate. Adică se va deplasa şi va executa o serie de acte motorii succesive, va manipula informaţii şi obiecte, va descifra situaţii şi va controla felul în care el, prin instrumentalitatea trupului său, modifică în ambianţă ceea ce şi-a propus.

Orientarea spaţială, procesarea continuă a informaţiilor şi actele efectorii ale trupului său, îl conduc spre obiectiv. Spre rezolvarea situaţiei problematice în care este angajat. Şi pe care poate ulterior să şi-o

reamintească, relatând-o altora. Încheindu-şi acţiunea cu scop şi sens, subiectul, sinele subiectului, a conturat un episod actual al existenţei sale.

Prezentul său temporal, timpul prezent pe care l-a consumat prin această prezenţă, este un reper bine conturat al raportării situaţionale a subiectului la lume. Se relevă la acest nivel o instanţă nucleară a sinelui persoanei conştiente, sinele raportării actuale la lume, prin intermediul rezolvării situaţiilor.

Referirea la trăirea prezentă e necesară chiar dacă circumscrierea acesteia prin efectuarea unui comportament cu scop şi rezultat, acţiune ce poate fi ulterior relatată, e relativ arbitrară. Doar prin intermediul acestui prezent trăit subiectul intră în contact nemijlocit cu lumea în care există, parcurgând situaţii succesive. Iar alt reper e dificil de identificat pentru această relaţie.

Chenar 51

Fişe despre simţul comun - 1

Simţul comun şi jocul său lingvistic

În expresia „simţ comun", cuvântul simţ are înţeles de sensibilitate evaluativă. Dar nu în direcţia senzorialităţii ce serveşte percepţia formelor cu semnificaţie. Şi nici în cea a sentimentului, a simţirii afective. Expresia se referă mai ales la echilibrul unei bune măsuri dintre elementele situaţiei percepute. Sau, care privesc deciziile de luat în raport cu datele situaţiei. E vorba deci, în mare măsură, de un „simţ al evaluării situaţiei în ansamblu". Această evaluare face trimitere la simţul mirosului, prin expresia „a avea fler". Fapt care de obicei înseamnă o bună orientare „atmosferică", „după miros", pentru „a detecta urma" ce conduce la rezolvarea situaţiei. Deci, în primul rând trebuie să înţelegi corect „despre ce e vorba". Sau, când e vorba de o conversaţie de salon, de un dialog, acest simţ te ajută pentru a găsi replica cea mai potrivită.

Un om cu simţul situaţiei şi al măsurii ştie să aibă „tact" în relaţiile cu alţii; fapt care ne trimite acum la simţul tactil. El îşi dă seama de ceea ce se cade să observe şi să spună; şi de ceea ce nu se cade. Si deci, de lucrurile pe care trebuie să le evite, să le ignore. Cu alte cuvinte, are intuiţia de „a nu merge prea departe" cu observaţiile, atitudinile şi acţiunile sale. El ştie să respecte măsura bunului simţ. Subiectul trebuie să ştie să se armonizeze cu situaţia şi semenii, „să fie pe aceeaşi lungime de undă", să „rezoneze" şi să „vibreze" împreună.

Alături de simţul măsurii poate să se aşeze şi cel al ordinii. Şi apoi, al armoniei şi bunei alcătuiri, echilibrate şi frumoase. Intervine acum simţul gustului, „bunul gust", judecata de gust, aşa de mult comentată din Renaştere până la Kant. La acest nivel e mai clară implicaţia unei vieţi sociale speciale, cultivate, cea a „bunei societăţi", care se îndepărtează de mojicia vulgarului. Desigur însă că prostul gust nu e doar o problemă estetică; ci una de neadecvare la regulile şi convenţiile sociale, implicând şi semnificaţiile deja comentate ale simţului comun.

În corelaţie cu toate aspectele amintite mai sus se află noţiunea de bun simţ. Desigur, ea are mai ales o conotaţie de comportament civilizat, cultivat şi moral. Dar bunul simţ presupune şi faptul de a te comporta cu tact, respectând normele sociale. Lipsa bunului simţ şi a simţului comun în general, e o problemă socio-culturală ce poate avea variate substraturi. De la lipsa de educaţie a grosolanului, la tulburarea de comportament a nesimţitului şi până la comportamentul bizar, ciudat, straniu, neobişnuit, care anunţă schizofrenia.

Desigur, în cadrul unui timp actual, oricum e aceasta circumscris, se pot desfăşura concomitent mai multe acţiuni în care subiectul e implicat, fiecare având alt obiectiv ţintă şi altă durată. Diverse comportamente cu scop se pot succeda articulându-se într-o acţiune de mai mare amploare. Sau pot fi temporar întrerupe şi apoi reluate. După ce termină un scaun, tâmplarul se odihneşte şi apoi începe altul. Seara se preocupă de familie, rezolvă diverse chestiuni. Şi, într-o săptămână, încheie bucătăria la care lucrează. El poate avea în vedere şi o comandă mai amplă, de a mobila întreaga casă, a clienţilor săi; după care va primi o sumă importantă de bani cu care îşi va sprijini copilul să înceapă o afacere. Pe lângă acţiunile ce configurează timpul actual, omul e deseori angrenat în proiecte de o mai lungă durată, care susţin o dimensiune temporală mai amplă a existenţei personale.

Chirurgul ce exersează o nouă tehnică se pregăteşte să publice o carte cu care speră să facă senzaţie printre specialişti. Pictorul pregăteşte o expoziţie, cercetătorul are în vedere încheierea şi susţinerea tezei de doctorat, elevul se gândeşte la terminarea liceului şi începerea unei facultăţi, tânărul ce se întâlneşte cu prietena sa are în vedere căsătoria şi faptul de a avea un copil. Fiecare din proiectele pe care un om le urmăreşte de-a lungul timpului se poate încheia cu un succes sau un eşec. Succesul stimulează buna dispoziţie şi poate ocaziona o sărbătoare. Eşecul poate întrista subiectul, determinându-l să se retragă şi să proiecteze un alt proiect, mai performant.

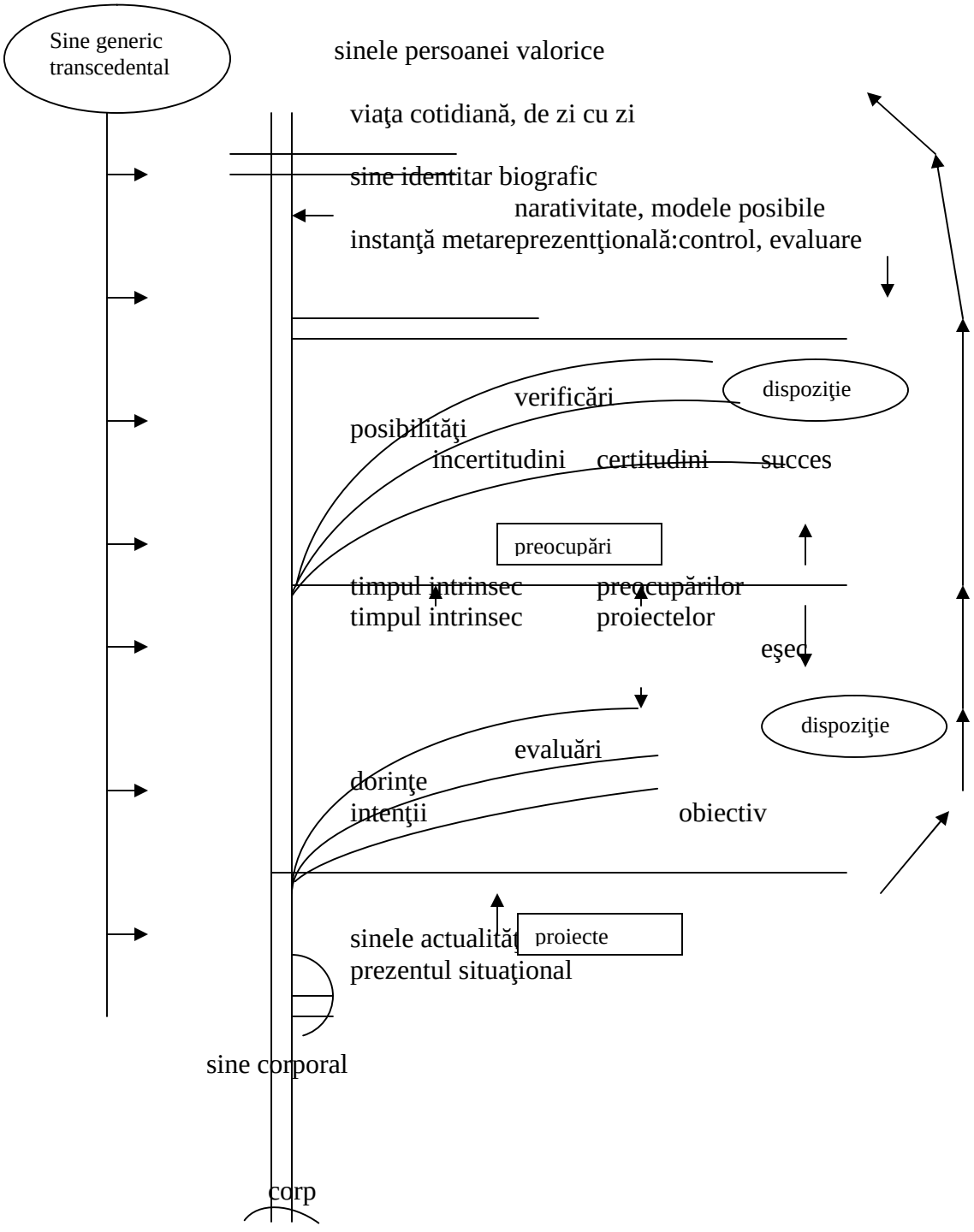
Perioadele de viaţă se înscriu în biografia unui om, pe care el poate să o relateze altora. Sau care poate fi narată de către cei care-l cunosc şi care astfel îl invocă, caracterizându-l. Instanţa identităţii biografice e diferită de trăirile situaţionale actuale, deşi le poate încorpora. Perioadele mai

îndelungate în cursul cărora se desfăşoară un proiect pot fi înţelese ca o axă temporală intermediară între cele două. Dar chiar dacă ne referim la prezent, la acţiunile ce se desfăşoară situaţional acum şi aici, subiectul nu e complet absorbit de această actualitate decât rareori, în momentele de mare emoţie. În rest păstrează o anumită distanţă în raport cu prezentul situaţional, bazându-se pe “profunzimea temporală” ce i-o asigură straturile suprapuse ale linilor temporale ale diverselor proiecte si preocuupari. Deasupra carora el se plaseaza pe un plan meta-reprezentational de unde monitorizează şi controlează acţiunea ce o face; o verifică şi o evaluează, la nevoie adoptă o nouă strategie. Acest plan metareprezentaţional al distanţării şi supervizării e relativ apropiat de cel al narării şi interpretării. Structura temporală a psihismului persoanei se bazează deci pe aceasta structura complexa ce include: trăirea prezentului situaţional, “profunzimea temporală” a straturile suprapuse ale proiectelor şi preocupărilor care se articulează cu variate planuri ale biografiei persoanei si axul duratei identitare, ce se plaseaza in fundalul acesteia.

.

Chenar 52

Instanţa desfăşurării proiectelor şi proiectelor

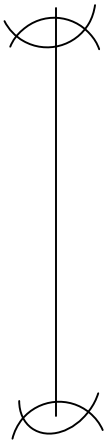


Chenar 53

Două perspective de abordare a persoanei conştiente

- <u>perspectiva exterioară bio-sociologică</u>

persoana socio valorică – aspecte demografice: sex, vârstă, statut instructiv profesional, statut marital şi al familiei proprii, reţea socială proximă



tipologie caracterială poziţie şi angajări civice

statut juridic

evaluare socio-morală

biografie înregistrabilă talente, produse, opere

expresivitate corporală

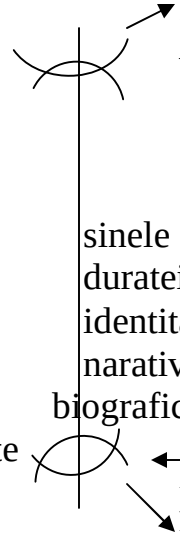
stil comportamental şi relaţiile sociale

aspect corporal, temperament

performanţe la testări psihologice

corp biologic aspecte biomedicale : sănătate, boală

- <u>perspectiva fenomenologică</u>



sinele identităţii personale, sociale, sinele valoric, conştiinţa morală

sine generic concepţia despre lume şi despre propria poziţie în lume

structura ierarhică

delimitare

sinele duratei identităţii

naritivitate intersubiectivitate

reflexivitate biografice instanţă metareprezentaţională de evaluare şi

intenţionalitate autocontrol a situaţiilor actuale

“agenţie” proiecte, preocupări de durată (dorinţe, speranţe)

“apartenenţă” prezentul trăit, angajarea în rezolvarea unor

(ownership) situaţii problematice ce privesc subiectul

subiectivitatea intimă – zona publică

sinele corporalităţii trăite

În aceeaşi instanţă cu cea în care se parcurg proiectele, se desfăşoară şi preocupările de durată ale subiectului, prin care el tinde să-şi clarifice o problemă care-l afectează. Care priveşte starea sa sau relaţiile sale cu alţii. De exemplu: dacă e sau nu bolnav, dacă partenerul îl înseală sau nu, dcă colegii îl persecută etc. Astfel de preocupări sunt monitoriate şi ele de instanţe metareprezentaţionale evaluativă. Subiectul reţine sau caută indici pe care să-i interpreteze, urmărind să înlăture incertitudinile. De exemplu evaluează succesiv: - s-ar putea să fie bolnav (înşelat, persecutat);...sunt indici că aş putea fi bolnav;....nu-mi pot scoate din cap ideea că sunt bolnav;...foarte probabil sunt bolnav;....sigur sunt bolnav;...nu mai e nici un dubiu că sunt bolnav (înşelat, persecutat).

Trăirile situaţionale, care se adâncesc în proiecte şi preocupări colorate mai mult sau mai puţin de stări dispoziţionale, se află în mod normal sub controlul persoanei care le evaluează şi le dirijează prin instanţa sa metareprezentaţională, bazându-se pe libertatea ce i-o permite spaţiul de joc al “adâncimii temporale”. Desigur, el poate fi pentru moment dominat de o stare emotivă, preocupată intens de o problemă deosebită de importantă pentru el, fascinat de o idee creatoare pe care vrea să o realizeze, fapt pentru care neglijează multiple oportunităţi situaţionale. Dar, în general, el poate păstra controlul angajărilor şi manifestărilor sale în limitele unor argumentări comprehensibile. Aceasta era ideea iniţială a lui Jaspers, atunci când diferenţia între anormalitate, ce poate fi încă înţeleasă şi cea care se realizează prin saltul produs de un “proces psihopatologic”. Dar nu doar comprehensabilitatea unei manifestări îi dă acesteia caracteristica psihopatologică, ci şi caracteristicile raportării situaţionale, care menţine sau nu subiectul între limitele controlului adaptativ.

O trăire anxioasă devine o problemă psihopatologică în măsura în care perturbă raportarea situaţională a subiectului. El nu mai poate sta locului, atenţia îi fuge în toate direcţiile, corpul e în permanenţa încordat, atenţia nu se poate concentra pentru rezolvarea problemelor curente; iar în fundal, subiectul trăieşte sentimentul unui pericol difuz, nedefinit. Viaţa sa curentă, de zi cu zi nu se mai desfăşoară obişnuit, prin ierarhizarea controlului problemelor de rezolvat. O frică, mai mult sau mai puţin justificată, reduce libertatea de manifestare a subiectului, blocându-se accesul funcţional în anumite locuri şi situaţii. El trebuie să desfăşoare strategii de evitare şi asigurare, iar unele din proiectele şi preocuparile sale curente pot fi grevate negativ. În măsura în care anxietatea fobică se plasează în centrul vieţii subiectului, ea devine dezadaptativă prin faptul că subiectul nu se mai poate raporta firesc ls împrejurări şi situaţii. Uneori această îngrijorare anxios fobică poate deveni obsesivă, revenind recurent şi involuntar în mine şi necesitând verificări. Sau, ea se poate instala ca o preocupare prevalentă, ce fascinează activitatile subiectului, reducând profunzimea limitelor sale temporale de interese, aplatizând diapazonul raportărilor sale la lume. Şi la fel se produc lucrurile în cazul pronunţatelor stări astenice sau a dispoziţiilor anormale. În toate cazurile, pe lângă “simptomatologia”ce poate fi înregistrată, suntem şi în faţa unei stări deficitare, de minus psihoantropologic. Deficit al capacităţii de a structura un prezent adecvat, nuanţat, flexibil, în care disponibilitatea personală se articuleaza adecvat de datele situaţionale. Deficit al spaţiului de joc pe care-l permite şi îl controlează “adâncimea limitelor temporale” care leagă instanţa identitară de problematica situaţională, prin intermediul instanţei metareprezentative.

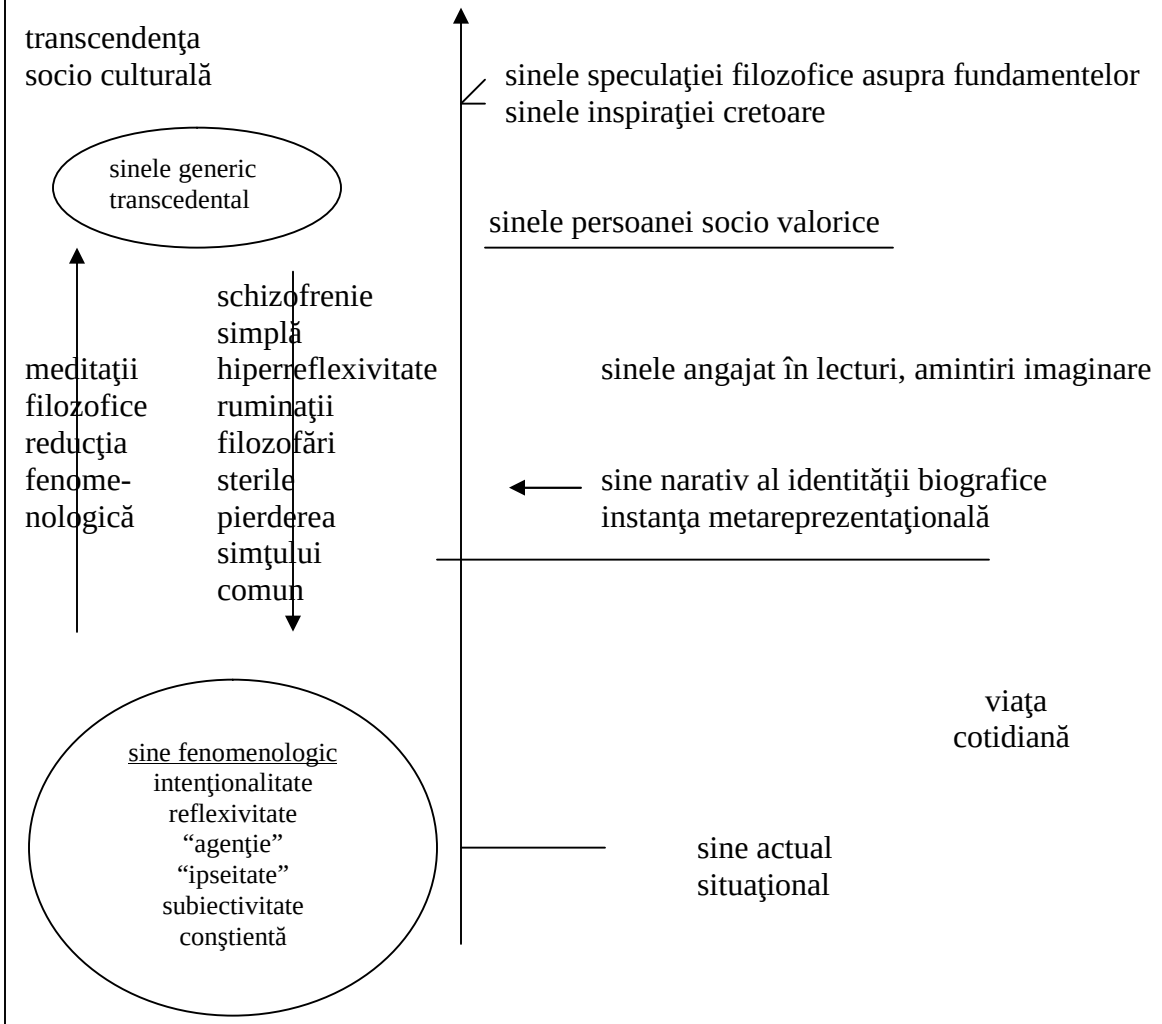
Stările psihopatologice manifestă şi alte variante de distorsiune a raportăriii la trăirea actualităţii decât cele menţionate deja . Poate fi invocată

acum dispoziţia delirantă, în care subiectul trăieşte un sentiment de centralitate referenţială. Deşi el poate percepe corect formal datele ambianţei, acestea îi apar ca având o semnificaţie specială, care i se adresează, anunţându-l confuz despre evenimente importante, care-l privesc. Obiectele percepute, culorile, cifrele, evenimentele, textele din ziare sau vorbele de la rdio, sunt resimţite ca având o semnificaţie specială, transmiţându-i un mesaj anume; spusele altora pot avea două straturi de semnificaţie, unul pentru toată lumea, altul special, adresat subiectului. În acest caz situaţia şi prezentul trăit este infiltrat cu un strat de semnificaţii care vin "de altundeva". "de la altcineva" decât cei prezenţi. O formă similară de modificare a prezentului trăit o introduc halucinaţiile. Perceperea informaţilor actuale se poate păstra, uneori marcata de iluzii sau de suprasemnificare specială a unor detalii. Apoi informaţiile actuale încep să fie dublate de altele, particulare. În cazul pseudohalucinaţiilor, gânduri şi reprezentări proprii pot căpăta pentru subiect o pregnanţa cvasiperceptivă, chiar când mai rămâne parţial criticată. În cazul halucinaţiilor funcţionale, date perceptive amorfe se structurează ca percepţii pregnante, auditive, vizuale sau de altă natură. Subiectul oate apoi să audă voci care efectiv nu sunt prezente, să simtă mirosuri, gusturi, senzaţii cutanate şi corporale care nu au un suport informativ real, sau să aibă viziuni, halucinaţii perceptive. O situaţie actuală se bazează în mare măsură pe conjunctura informativă ce subiectul o poate recepta, efectiv la un moment dat. Dacă universul său perceptiv nu se mai sprijină pe datele situaţionale, desigur nici raportaea sa la prezent nu mai este cea firească, girată de simţul comun. În sfârşit, în această alunecare spre tulburarea psihotică, pe lângă dedublarea semnificaţilor şi distorsiuni perceptive, subiectul poate deveni – pentru el – centrul unor evenimente fictive, care nu corespund evenimentelor reale ce se

petrec în jurul său şi în care de fapt e angajat, prin standardizarea vieţii sau prin conjuncturi.

Chenar 54

Filozofarea şi ruminaţia sterilă pot ocupa câmpul preocupărilor actuale ale subiectului



Aceste ficţiunide tip narativ în care subiectul se simte angrenat seamănă pe de o parte cu visul. Iar pe de altă parte cu nartivitatea poveştilor, a legndelor, miturilor sau romanelor. Iar de data aceasta, trimiterea la această instanţă narativ fictivă e mai adecvată, dacă starea de vigilenţă a conştienţei e păstrată. Suntem în situaţia desituaţionalizării speciale a delirului. În toate cazurile de alunecare psihopatologică menţionată mai sus se produce o distorsiune a implicarii si raportării situaţionale a subiectului, cu alterarea prezentului său trăit. În delirium el nu mai percepe clar ambianţa, în anxietate nu se poate aşeza ferm într-un loc pentru a privi în profunzime şi structurat ceea ce se petrece şi a-şi organiza o strategie elaborată şi eficientă de rezolvare a problemelor ce-l privesc. O distorsiune a structurilor prezentului şi prezenţei la situaţii o întâlnim şi în absorbţia maniacului de către viitor sau în ieşirea din prezent a depresivului repliază pe vinovătia sa trecută; fobia interzice accesul în spaţiu şi timp la anumite zone ale realului pretinzând conduite de evitare şi asigurare; obsesionalitatea invadează prezentul trăit cun probleme nesituaţionale, fie că acestea pot fi sau nu deduse dintr-un trecut sau viitor eventual posaibil; iar ideea prevalentă desituaţionalizează prin fascinaţia sa tematică. Convingerile delirante ne mută în zona unei tematici ficţionale ce implică subiectul în scenarii transactuale; iar halucinaţiile dedublează datele perceptive reale cu simulare ale acestora. În toate aceste cazuri subiectul este însă ataşat de lume, se implică şi se proiectează în ea, chiar dacă raportarea situaţională actuală e distorsionată în diverse modalităţi, care nu mai permit un comportament conform simţului comun.

Raportarea omului la lume se realizează însă şi prin modalităţi în care el e relativ detaşat de situaţiile ce-l înconjoară. Pe lângă situaţia în care se refugiază în lecturi narative şi ştiinţifice, însăşi atitudinea observaţională îl

plasează la o relativă distanţă faţă de situaţia ce e acum poziţionată într-o condiţie de “obiectivare”. Desigur, observarea se poate baza pe anumite interese, personale sau ştiinţifice. La fel, meditaţia, mai ales cea ştiinţifică şi filozofică, impune şi ea o relativă detaşare faţă de ambianţa şi lumea nemijlocită.

În continuitatea acestei clase de atitudini, în psihopatologie se poate petrece, odată cu depersonalizarea structurală, o rupere a legăturilor cu lumea, ce au în spate o dezorganizare şi un vid interior. În relaţionarea firească cu lumea, chiar dacă ea se petrece în regimul unei observaţii distante sau a unei meditaţii speculative abstracte, în spatele acestor acte stă un complex edificiu structurat poe nivele ierarhice. Iar subiectul astfel organizat poate reveni oricând la angajarea sa într-o problemă situaţională actuală; în spatele căreia stau desigur, toate liniile paralel suprapuse ale temporalităţii diverselor proiecte şi preocupări, articulate în profunzime cu biografia identitară; şi de asemenea, instanţa interioară a cunoaşterii şi imaginării, ce se articulează cu narativitatea teoretică culturală. Iar în porofunzime, în adâncuri, slipeşte egoul transcedental, ceea ce e general uman în fiecare om.

În depersonalizarea schizofrenă, acest edificiu se prăbuşeşte iar vidul şi lipsa de limite identitare invadează subiectul. Dar raportarea sa la ambianţa se poate menţine, cu aparenţa unei prezenţe vigile adecvate. Dar e o prezenţă observaţională, lipsită de un “prezent trăit”, cu întreg fundalul structural pe care îl implică. Vigilitatea lucidă a subiectului îi permite acestuia să se îndoiască, să se autoanalizeze continuu, să rumineze pe diverse teme abstracte, să “filozofeze”. El se poate întreba interminabil: “ce se întâmplă oare după moarte? Are lumea un început? Care e esenţa lui Dumnezeu? Iată doar câteva teme care pot apare în ruminaţia schizo obsesiv gravă, de care subiectul nu mai poate scăpa la un moment dat.

În acest ultim caz al meditaţiei abstracte sterile, suntem într-o situaţie în care sinele persoanei conştiente e lucid; şi chiar hiperanalitic. El poate intra în contact, la nevoie cu cei din jur; deşi nu se simte atras de aceştia. De fapt, nu se simte interesat de lume în general. Şi nu e aderent la ea, resimţind un vid interior. Şi, în mod evident, atât pentru el, cât şi pentru alţii, nu mai poate practica simţul comun. Dar pe acest fond el poate fi absorbit de cele mai generale şi abstracte idei. Ba chiar poate „filozofa". Filozofia e o descoperire şi îndeletnicire umană dintre cele mai adânci, ea pretinzând însă minţi excepţionale. Dar virusul ei abstract se poate inocula şi în mintea aproape golită a câte unui schizofren, ce a pierdut structura normală a simţului comun. Despre un pacient Minkowski ne informează:

„De mai multe ori afirmă că ceea ce-l preocupă cel mai mult e filozofia. Stă tot timpul retras pentru a gândi. Întrebat dacă a citit multe cărţi de filozofie răspunde că nici una, pentru a nu-şi distrage originalitatea gândirii. Cu alţii nu discută, din acelaşi motiv. În cele din urmă comunică şi concluzia meditaţiilor sale persistente : spiritul uman rezultă din influenţa acizilor asupra terminaţiilor nervoase".

A te ocupa de filozofie înseamnă desigur o transgresare a universului simţului comun. În schimb, de "simţul comun" filozofia s-a ocupat timp de 2500 ani. Mai nou se preocupă de această temă şi psihopatologia. E drept, una din doctrinele psihopatologice mai apropiată de preocupări filozofice, cea fenomenologică.

La începutul anilor 70, când ştiinţa medicală intrase temporar în criză în SUA, psihopatologul fenomenolog Blankenburg a publicat un studiu privitor la perturbarea „evidenţelor vieţii cotidiene" în unele forme de schizofrenie deficitar dezorganizante. (**3**)Pacienta sa Anne spunea:

“Ceea ce îmi lipseşte este ceva foarte mic…” în lucrurile cotidiene cele mai simple am nevoie de susţinere….îmi lipseşte, desigur, evidenţa naturală…..fiecare fiinţa umană trebuie să ştie cum să se poarte….lucrurile vieţii obişnuite îmi sunt străine. De exemplu spălatul, trebuie să fac un mare efort voluntar ca să înţeleg de ce trebuie să mă spăl, să mă îmbrac, să mănânc…simt că nu am nici un punct de vedere şi trebuie să cer părerea despre orice..nu găsesc limite pentru nimic….nu pot fi naturală, nu pot trăi ca alţii…simt doar vid şi neant, e ca şi cum ar fi tăiate legăturile cu alţii..parcă sunt o faţadă în spatele căreia nu e nimic…nimic din ceea ce fac nu pare real….nu simt nimic….nimic nu-mi pare evident….”

În perspectivă semiologică se pot identifica desigur simptome negative din seria depersonalizării şi derealizării, însoţite de o hiperreflexie. Totul trebuie făcut deliberat, de fiecare dată cadrul percepţiei şi cadrul acţiunii nu e dat, ci trebuieşte reconstruit. Sau, cum spunea un pacient al lui Stanghelini:

….Obişnuiam să mă uit la vărul meu ca să ştiu când trebuie să râd sau când trebuie să acţionez într-un fel, încercam să înţeleg cum funcţionează alţii, ca să funcţionez şi eu….

Blankenburg comentează la acest caz ceea ce el numeşte „pierderea evidenţei naturale”, din perspectiva fenomenologiei lui Husserl, a doctrinei privitoare la “lumea vieţii” (Lebenswelt). Aceasta este pentru filosoful german, cadrul natural pornind de la care gândirea reflexivă se poate sustrage aspectelor concrete, poate “pune între paranteze”, prin “epoché”, realitatea fenomenală. Demers necesar pentru a coborâ metodic, filozofic, până la fundamentele “egoului transcendental”. În schizofrenie s-ar petrece spontan şi negativ, dezordonat şi necontrolat, ceea ce filozoful fenomenolog realizează metodic, cu efort raţional îndepărtând straturile de articulare cu universul practico-teoretic în care e în mod firesc şi natural ancorat. Acum, în psihopatologia schizofreniei, nivelul empiric şi situaţional al sinelui

(egoului) se amestecă şi se confundă cu nivelul său adânc, stabil şi general, căzut în indistincţia unei arhitectonici prăbuşite. Dispare distanţa firească şi structurată care se întinde de la nivelul limită a fundalului, „egoului transcedental” dimensionat prin conştiinţa identităţii cu sine, şi a participării la “conştiinţa generică” a oamenilor. Şi, pe de altă parte, celălalt nivel limită, unde se desfăşoară ancorarea şi raportarea empirică, la situaţii circumstanţiale. Implicitul sinelui identitar generic, din fundal, ajunge la suprafaţă, devine explicit, hiperreflexiv şi nefuncţional. Viaţa cotidiană nu mai are naturaleţe şi spontaneitate. Iar egoul transcendental nu mai are profunzime. Pe scurt, se prăbuşeşte o arhitectonică, se amestecă elementele unei structuri existenţiale ce era ordonată ierarhic.

Doctrina fenomenologică husserliană este complexă, şi nu va fi comentată la acest nivel. Ea aduce în discuţie constituiri pasive şi active ale egoului (conştiinţei) şi realităţii; o structurare temporală a prezentului, încadrat de protenţie şi de retenţie, o constituire a relaţionării cu celălalt etc. Ideea de bază a lui Blankenburg este că nivelul simţului comun, al vieţii cotidiene, poate fi considerat ca unul de referinţă, ca punct de plecare, atât pentru căderea în psihopatologie cât şi pentru adâncirea în filosofie.

Demersul lui Blankenburg se plasează în continuitatea opţiunii lui Bleuler privitoare la existenţa unei tulburări fundamentale în schizofrenie, pe care el o indica prin disociaţia ce duce la autism. În continuitatea lui Bleuler, Minkowski (1927) reia în Franţa ideea unei tulburări fundamentale autiste în schizofrenie, pe care el o identifică în “pierderea contactului vital cu realitatea”, inspirându-se de filosofia lui Bergson. Aceasta s-ar exprima printr-un deficit al afectivităţii de contact – a rezonării afective cu altul – şi predominarea unui raţionalism morbid, abstract, apragmatic, spaţializant. Spre deosebire de Bleuler care a analizat doar cazuri grave instituţionalizate,

Minkowski se referă şi la multe cazuri mai uşoare, ambulatorii, care trăiesc printre ceilalţi. Dar care, prin gândirea lor morbidă şi prin comportamentul bizar, îşi pierd simţul comun, gândesc şi acţionează abrupt, aberant, ciudat, neobişnuit. De exemplu un instructor şi-a programat ca în fiecare săptămână să practice câte o singură virtute dintr-o listă, cu schimbul. El a interzis elevilor să citească o poezie în care "cerul îmbrăţişează pământul", deoarece aşa ceva este imposibil. În aceeaşi serie s-ar înscrie comportamentul unui tată care-i cumpără de Crăciun fiicei sale bolnave de cancer drept cadou un sicriu. Sau un alt caz care, având dureri de cap, îşi pune pe frunte carne îngheţată din frigider, ca să-şi răcească capul înfierbântat.

Simţul măsurii şi simţul realităţii, bunul simţ şi bunul gust, simţul comun în ansamblu, pare să se perturbe şi atunci când deficitul psihopatologic se îndreaptă în direcţia schizofreniei. Această tulburare diferă însă de deficitul de contact informativ cu ambianţa a celui obnubilat, lipsit de o conştienţă vigilă clară. Precum şi de de-situaţionalizarea ce rezultă din devierea structurării prezentului trăit, ca în depresie, manie, obsesionalitate sau prevalenţă delirantă. Acum, subiectul manifestă un comportament bizar, straniu, nefiresc, aberant în raport cu simţul comun. Această manifestare afectează structura generică, de fond a personalităţii, menţinând subiectul lucid. Corelaţia dintre schizofrenie şi perturbarea simţului comun a continuat să fie studiată după Blankenburg şi până în prezent, de către psihopatologia fenomenologică. Faptul relevă cum o veche tradiţie de înţelegere a persoanei umane se menţine şi se actualizează, deschizând importante orizonturi de cercetare.

Chenar 55

Fişe despre simţul comun - 2
Simţul comun la Aristotel şi pneuma fantastică (după Culianu)

Aristotel este autorul primei – şi celei mai celebre – cărţi de psihologie: „Peri psyché", invocată de obicei prin titlul ei latin „De anima". Carte ce a stat la baza antropologiei şi gnoseologiei scolasticii. Sufletul este interpretat ca „formă a trupului", el având un nivel vegetativ, unul animal şi unul specific omului, caracterizat prin raţiune (nous, intelect). Corpul recepţionează informaţiile din lumea înconjurătoare prin cele cinci simţuri, deasupra cărora se află simţul comun – Koinos aisthesis – care le sintetizează şi le personalizează. Simţul comun mediază transmiterea – traducerea – prin imaginaţie, a acestor informaţii către sufletul raţional.

Această doctrină a simţului comun, ce pune la baza psihismului uman corporalitatea aducătoare de informaţii, se completează la Aristotel cu cea a pneumei fantastice, care se suprapune în mare măsură peste simţul comun. Intervenţia pneumei (=aer şi/sau spirit) a fost preluată din medicina siciliană, care o considera o substanţă subtilă şi comenta circulaţia ei amestecată cu sângele arterial; fapt ce ar permite transportul şi integrarea informaţiilor la nivelul inimii. Şcoala medicală hipocratică din Cos a adus în discuţie circulaţia pneumei şi prin nervi, centrul fiind creierul. Şcoala filosofică şi medicală stoică a elaborat o analogie între microcosmosul uman şi macrocosmos. Pneuma, ca aer, are caracteristici materiale, dar subtile, fiind alcătuită din acelaşi materie din care sunt făcute stelele. Ea e sintetizată într-un sediu principal (hegemonikon). Circulând prin corp, purtând informaţii şi fiind suportaul imaginaţiei – a fantasmelor – pneuma e sintetizată şi coordonată de hegemonikon-ul aflat în creier.

Doctrina pneumei fantastice a jucat un rol important în magia Renaşterii; ea poate fi considerată ca precursoare a înţelegerii metareprezentării altora în subiect.

Simţul comun, care la Aristotel constituia nivelul de sinteză imaginativă şi personalizată a informaţiilor obţinute prin simţuri, a căpătat în stoicism o semnificaţie de integrare socială, morală, umanistă. Scolastica Evului Mediu, reluându-l pe Aristotel prin Toma de Aquino, a menţinut accentele puse de stagirit asupra simţului comun. Sensul de integrare socio-culturală a fost reluat după Renaştere, şi relansat de Gianbatisto Vico odată cu proiectul său al unei ştiinţe noi. Scolastica a corelat însă simţul comun aristotelic cu simţul intern, în sens de temporalitate, în continuitatea viziunii lui Augustin. Corelaţia între simţul comun şi simţul intern senzorial, imaginar dar şi temporal, e reactualizată de Kant în prima ediţie a Criticii Raţiunii Pure şi reafirmată cu tărie de Heidegger, în comentariul său asupra lui Kant.

Culianu I. P. (1994). Eros şi magie în Renaştere. 1984, Ed. Nemira, Bucureşti.

Una din aceste direcţii de cercetare e conturată într-o carte a lui Stanghellini. Autorul subliniază că originea conceptului de simţ comun se află în elaborarea realizată în urmă cu 2500 ani de Aristotel. În cartea sa De Anima, stagiritul comentează faptul că cele cinci simţuri corporale sunt integrate şi personalizate tocmai prin această instanţă a celui de al şaselea simţ. Deci, la origine, conceptul se referă la bazele informativ corporale ale cunoaşterii lumii, aşa cum sunt ele sintetizate de către sine. Tot în antichitate s-a forjat, mai ales în cadrul stoicismului, sensul de integrare socială a simţului comun. La stoici, simţul comun face legătura dintre propriul trup integrat în psihism în calitate de sintetizator al informaţiei actuale, şi viaţa socio-culturală la care persoana participă. Această relaţionare s-a refăcut explicit şi în cadrul fenomenologiei din sec.XX, prin ultimele lucrări ale lui Husserl ce au fost dezvoltate ulterior de Merleau Ponty.

Stanghellini analizează cum în schizofrenia dezorganizantă întâlnim atât o perturbare a trăirii propriei corporalităţi, ce apare ca lipsită de viaţă, golită de suflet. Cât şi o tulburare a relaţionării intime cu altul, a acordării ("attunement"), a vibrării afective reciproce. Astfel încât spiritul pacientului apare ca ceva abstract, neînrădăcinat în corporalitatea biologică sau în "sufletul încorporat". Sintagma folosită de autor pentru schizofrenie este : "un spirit lipsit de trup şi un trup lipsit de suflet" ("disembodies spirits and deanimated bodies").

Opţiunea autorului Italian este pentru acelaşi tip de cazuistică bleuleriană autistă a schizofreniei, ca cea a lui Minkowski şi Blankenburg. Cazuistică în care pe prim plan se află o psihopatologie depersonalizant derealizantă, marcată de trăiri corporale particulare ca devitalizarea şi cenestopatiile; însoţită de o gândire abstractă şi excentrică, neinserată în

buna comunicare cu mediul uman ambiental; şi un comportament pragmatic neadecvat simţului comun. Gândirea abstractă, bizară şi stranie, susţine un psihism lipsit de spontaneitate, ce se manifestă lucid, hiperreflexiv, hiperelaborat, hipercontrolat şi fără viaţă. Deşi se bazează pe tradiţia conceptului de simţ comun şi pe dezvoltările recente ale acestuia de către fenomenologie, o astfel de abordare a schizofreniei e concordantă cu cercetările actuale neurocognitive şi developmentale.

Nou născutul normal, în primele luni şi în primii ani, recunoaşte, expresiile feţei mamei, se ataşează de ea, asimilează imagourile altor persoane în propria-i memorie şi reprezentare, dezvoltă scenarii mentale prin care reuşeşte, la trei ani să intuiască intenţiile altora în situaţie. Dezvoltarea normală a creierului în perioada postnatală, realizată în condiţiile unei strânse interacţiuni cu mama şi îngrijitorii, permite ca propriul psihism să se organizeze ca o structură funcţională structurată ierarhic, centrată în jurul propriei identităţi, delimitată dar şi în permanentă interacţiune cu alţii şi cu lumea.

Aceste interacţiuni au loc prin situaţiile problematice ale vieţii de zi cu zi, prin experienţă şi educaţie, care conduc la consolidarea simţului comun. Raportarea situaţională implică şi ea în permanenţă o ordonare ierarhic spontană şi sintetică a informaţiilor receptate şi a comportamentelor desfăşurate. Ceea ce se numeşte în prezent autism infantil are la bază blocarea acestui proces developmental, prin care se realizează sinteza unei coerenţe centrale şi o echilibrată relaţionare intersubiectivă, mediată de corporalitate. La persoanele vulnerabile pentru schizofrenie, dezvoltarea în această direcţie se realizează la un nivel superficial. Iar structura psihică rămâne fragilă în ceea ce priveşte coerenţa centrală, atât la nivelul structurii

Chenar 56

Fişe despre simţul comun - 3

Simţul comun în sec. XVIII-XIX (după Gadamer)

Giambatista Vico, în Ştiinţa nouă, pledează pentru renaşterea umanismului greco-latin, bazat pe retorică, pe „eloquenta", pe buna rostire a ceea ce e drept şi adevărat. El face apel la conceptul latin şi stoic de sensus comunis, pentru susţinerea idealului de înţelepciune practică – phronesis – opusă celei teoretice – sophia. Opţiunea sa e polemică faţă de ştiinţa metodică şi matematică ce s-a impus prin Descartes, susţinând că educaţia trebuie să acorde importanţă cunoaşterii practice, care cultivă ceea ce „se cuvine" într-o societate dată. Simţul comun nu e doar o caracteristică a omului în general – ca la Aristotel. El e dobândit prin comunitatea vieţii, fiind determinat de formele de organizare a unei culturi, la fel ca şi noţiunile comune – Koinos ennoiei – ale stoicilor.

Vico e considerat un precursor al ştiinţelor spiritului, care se bazează pe sensus comunis. Ştiinţele spiritului, acordă în raţionament o mare importanţă împrejurărilor şi mărturiilor, şi astfel istoriei. Istoria e o sursă de adevăr cu totul diferită de raţiunea teoretică. Ea subliniază rolul formator al exemplelor convingătoare. Influenţa lui Vico asupra sec. XVIII este mediată de anglosaxoni. Şi, în primul rând, de Shafterbury, care înţelege prin sensus comunis un simţ pentru binele comun. Deci nu atât o capacitate ce ţine de dreptul natural, cât o virtute socială. El se referă la unele concepte din vechea Romă, ce includeau în „humanitas" şi modul de viaţă rafinat. Conceptul de sensus comunis are însă o funcţie sistematică cu adevărat centrală în filosofia şcolii scoţiene, (Reid) care impune conceptul de „common sense" pe care se bazează şi filosofia morală analitică a lui Moore din sec.XX. În acest context se naşte şi noţiunea de bun-simţ – good sense. Aceasta este reluată cu vigoare în Franţa, mai ales la sfârşitul sec. XIX de către Bergson, care face o adevărată apologie filosofică a lui „bon sens". „Bon sens" ce corespunde mai ales unui anumit „milieu social". În Germania ideea simţului comun a fost dezvoltată în cadrul pietismului de către Oetinger.

Gadamer H-G (2001), Adevăr şi metodă, Ed. Teora, Bucureşti

Chenar 57

Fişe despre simţul comun - 4

Simţul comun în gândirea speculativă a sec. XX (după Stanghellini)

Tema tradiţională a simţului comun poate fi sesizată în sec. XX în două câmpuri ideatice: speculaţia anglo-saxonă asupra „common sense"-ului, care se mută în direcţia filosofiei analitice a limbajului; şi domeniul fenomenologiei, ce se dezvoltă în spaţiul german şi francez.

La începutul sec. XX, Moore reafirmă la Cambridge tradiţia common sense-ului, invocând truisme ale limbajului, pe care bunul simţ natural al oricărui om nu le poate respinge. E.g. „Moore are un corp ce a venit pe lume într-un moment bine determinat al trecutului. Moore e o fiinţă umană ce a avut variate experienţe: şi alte corpuri umane au aparţinut unor oameni ce au avut diferite experienţe" ş.a.m.d. Wittgenstein, urmaşul său la catedră, aflat în a doua perioadă a gândirii sale, considera că truismele, cu toată certitudinea lor intuitivă irefutabilă, sunt expresii ale regulilor gramaticale care guvernează articularea limbajului cu experienţa. Cu alte cuvinte, ele reprezintă convenţii, jocuri lingvistice în care sunt ancorate diverse „forme de viaţă", în variate contexte socio-culturale. Majoritatea cunoştinţelor noastre despre lume derivă din ceea ce am învăţat prin alţii. Din cunoaşterea pe care societatea o afirmă, respectând anumite reguli în cadrul multitudinii de jocuri lingvistice ale formelor vieţii. Regulile, ce orientează proiectele şi acţiunile publice ale oamenilor, sunt prioritare faţă de convingerile private. Iar aderenţa la normativitatea regulilor, asigură bazele simţului comun.

Fenomenologia lui Husserl se bazează - la un pol opus poziţiei ce o adoptă Wittgenstein - pe coborârea în adâncurile subiectivităţii conştiinţei, unde se întâlneşte instanţa ultimă a „egoului transcedental", dotat cu intenţionalitate şi reflexivitate funciară. Egoul transcedental reprezintă un fel de instanţă a conştiinţei esenţiale şi universale, prezentă în fiecare monadă individuală, ce se cuplează intenţional, după variate modalităţi „noetice", cu ofertele „noematice" ale lumii. Dar la această instanţă fundamentală se ajunge printr-un efort de detaşare, de „punere între paranteze" – epoché – a trăirii vieţii obişnuite, naturale, înţeleasă ca lume a vieţii („Lebenswelt") cotidiene. Concept care are o înrudire naturală cu simţul comun. Tentaţia solipsistă pe care procesul metodologic al epoché-ului o avansează, este oprită prin apariţia „intersubiectivităţii", a conjuncţiei dintre propria subiectivitate şi conştiinţa transcedentală a celuilalt, pe care corporalitatea trupului (Leib) o mediază şi o asigură.

Stanghellini G, (2004). Disembodied spirits and deanimated bodies. The psychopathology of common sense, Oxford University Press.

identitare a persoanei; cât şi în cadrul raportărilor situaţionale şi interpersonale actuale.

A doua direcţie în care s-a dezvoltat în ultimul timp studierea de către fenomenologie a perturbării simţului comun în schizofrenie, se referă la doctrina hiperreflexiei, susţinută de Sass, Parnas şi Zahavi.(4) O cazuistică a schizofrenilor hiperlucizi, hiperreflexivi şi apragmatici a fost mereu descrisă, inclusiv de Minkowski şi Blankenburg. Dar reflexivitatea este o caracteristică centrală a psihismului conştiinţei. Se consideră acum ca modelul psihopatologic al schizofreniei ar consta într-un deficit de asertivitate a eului – a sinelui, a "ipseităţii" – dublat de o atitudine hiperreflexivă. Ipseitatea se referă la conştiinţa de sine, la sinele înţeles ca o instanţă psihică centrală, intenţional reflexivă, caracterizată pe de o parte prin "agenţie" – adică sentimentul emergenţei din sine a intenţiilor, dorinţelor, acţiunilor. Şi pe de altă parte, prin apartenenţă ("ownership"); adică sentimentul că propriile intenţii, trăiri, acţiuni aparţin însăşi subiectului care le produce. Subiect care se simte distinct de alţii şi de lume. În schizofreni, odată cu prăbuşirea de ansamblu a structurii complexe a sinelui, se perturbă spontaneitatea trăirii ipseităţii în cadrul inserţiei subiectului în viaţa zilnică, prin intermediul simţului comun. El ajunge să fie excesiv de repliat autoanalitic pe sine. Astfel încât, aspecte ale trăirilor care erau implicite şi spontane, se detaşează din cursivitatea lor şi devin explicite, captează atenţia, fapt ce le perturbă desfăşurarea. Prin acest proces s-ar explica, pe lângă o serie de simptome productive din schizofrenie, mai ales perturbarea acţiunii. Subiectul ajunge să fie tot mai atent la felul în care el deliberează şi acţionează, la însăşi mecanismele propriei gândiri şi perceperi. Aceste funcţii pierzându-şi spontaneitatea, devin disfuncţionale prin însăşi atenţia analitică exagerată ce li se acordă, ajungându-se la blocaj şi

inactivitatea. Actuala orientare în direcţia “încorporării psihismului” (“embodiment”) în structurile funcţionale ale creierului (Varela, Gallager) susţin o astfel de interpretare. Funcţiile cerebrale sunt solidare cu cele corporale şi cu fenomenele psihice. Fucs analizează cum însăşi actul de percepere şi actul de elaborare a gândirii şi vorbirii, îşi pierd spontaneitatea şi intră în focarul unei atenţii analitice ce le destructurează.

Hiperreflexia din schizofrenie poate fi corelată cu autocontrolul exagerat al obsesivului. Una din trăsăturile specifice ale acestei patologii e tendinţa de a avea totul sub control : situaţia, relaţiile cu alţii, propriul comportament. Autocontrolul comportamental, dublat de atenţia exagerată acordată detaliilor, conduce spre permanente evaluări şi verificări. Se marchează astfel zona de apropiere între schizofrenie şi obsesionalitate pe care o intuise Minkowski. Dar, există şi o diferenţă majoră : obsesivul este fascinat şi fixat de acţiune : de deliberare, proiecte, organizare. Pe când schizofrenul rămâne abulic.

Hiperreflexivitatea autoanalitică ca fenomen subiectiv, deficitul de „acordare”, ataşament şi implicare faţă de alţii şi lume, insuficienţa intuitivă care să permită încadrarea spontană în viaţa cotidiană, anularea „axiomelor vieţii cotidiene” care susţin simţul comun, sunt aspecte de patologie care aparent se îndepărtează de rigorile ştiinţei experimentale. Dar recenta apropiere dintre fenomenologie şi cognitivism arată că nu este aşa. Sinteza informativă pe care filtrul atenţional perceptiv o realizează spontan, poate fi studiată pe modele. Iar deficitul acesteia, sau a funcţiei coerenţei centrale prin care părţile sunt integrate într-un ansamblu ce se detaşează pe un fundal, au fost studiate experimental în autism. Şi sunt evaluate constant în schizofrenie prin probe neurocognitive, care măsoară şi capacitatea funcţiilor executive de a planifica şi realiza ordonat o acţiune cu scop. Analiza

fenomenologică a trăirilor subiective din stările psihopatologice e o componentă extrem de utilă în evaluarea clinică şi în pregătirea programelor de cercetare riguroasă. Studierea modalităţilor în care în tulburările psihice se perturbă tradiţionalul simţ comun, deschide un vast şantier de studiu. Iar prezenţă fenomenologilor e fundamentală, deoarece ei subliniază necesitatea de a nu ignora instanţa sinelui.

*

* *

Conceptul de sine a înlocuit în psihopatologie tradiţionala referinţa la conştiinţă. Faţă de conştiinţă, sinele are avantajul de a nu fi prea încărcat de tradiţie, de a putea fi utilizat cu o generalitate care-i permite utilizarea şi în neuroştiinţe. Şi în acelaşi timp să fie deschis atât spre problematica simţului comun cât şi spre concepţia fenomenologică a intersubiectivităţii. Conştiinţa s-a impus ca un concept relativ recent al culturii europene, având la început, în Renaştere, odată cu Reforma – şi cu înţelesul de Gewissen - o puternică încărcătură dogmatică creştină. Înţelesul ce i l-a dat Locke – de „consciuousnes” şi care s-a răspândit în Europa după ce a fost adoptat de francezi – a deschis calea raportării empirice, la experienţe şi experiment. Dar nu şi la valenţele de relaţionare interpersonală. Pe când noţiunea de sine – Self – pe care Locke a lansat-o ca echivalentă până la un punct conştiinţei, a fost interpretată tocmai în acest sens de James, odată cu relansarea conceptului la sfârşitului sec.XIX (1890).

„Omul are atâtea sine-uri (self-uri) –sociale câţi indivizi cunoaşte şi a căror imagine o poartă în minte. De fapt el are atâtea sinelui diferite câte clase de persoane îi stârnesc atitudini distincte. El arată câte un aspect distinct al sinelui sau către fiecare din aceste grupuri. Mulţi tineri care sunt supuşi în faţa părinţilor se manifestă ca nişte piraţi faţă de tinerii lor prieteni. Nu te manifeşti la fel faţă de copiii tăi ca faţă de colegii

de club, faţă de angajaţi sau prieteni. Iar între diversele sine-uri ale omului poate fi discordanţă sau armonie."

James se referă, evident, la diagrama intim public de relaţionare cu alţii în plan social. Şi nu la structura transcedentală a intersubiectivităţii pe care o invocă Husserl. Tot James a introdus o distincţie care este mult invocată în zilele noastre. Cea dintre „eu" – „I" în engleză – şi „mie" – „Me" în engleză. Importanţa acestei distincţii constă în faptul că permite atât o interpretare a sinelui în sens de sediu ultim - de exemplu - de emergenţă a intenţionalităţii; cât şi de instanţă ce are o anumită dimensiune, comportând limite şi un conţinut. Căreia îi poate aparţine ceva – e.g. propriile trăiri – şi în interiorul căreia se port plasa unele entităţi – e.g. sinele celorlalţi, ca în citatul de mai sus. Utilizarea noţiunii de sine – self – s-a impus şi prin dominanţa pe care a câştigat-o limba engleză în rândul ştiinţelor. Jaspers, scriind în germană, utiliza conceptul kantian de conştiinţă de sine – Ich Bewusstsein – care în zilele noastre se cere tradus în limba engleză. Iar traducerea cea mai la îndemână a fost cea de Self. Filozofia minţii ce s-a lansat la sfârşitul sec.XX, a folosit în continuare conceptul generic de conştiinţă – consciousnes – dar dublat de cel de sine – Self – cu înţeles de nucleu al conştiinţei, ce-i asigură identitatea reflexiv intenţională, având un posibil conţinut. Neofenomenologia psihopatologică s-a dezvoltat în această ambianţă, acceptând nivele structurate ale sinelui conştiinţei, care nu se sustrag abordării prin diverse metodologii ştiinţifice.

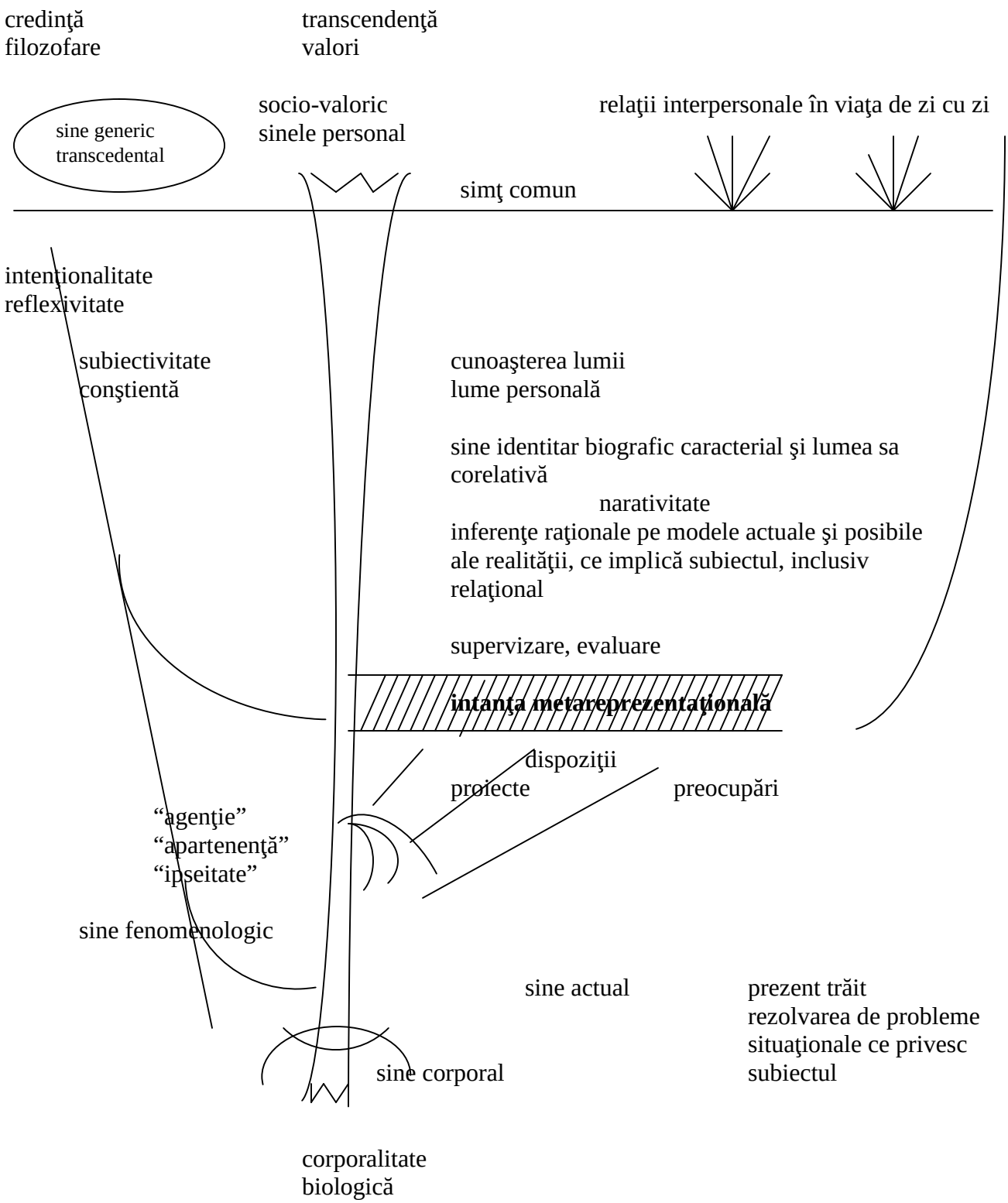
Sinele raportării situaţionale actuale şi instanţa sinelui metareprezentativ şi evaluativ, articulată cu cea a identităţii narativ biografice, sunt cele două repere ale referinţelor psihopatologice, cu replică în normalitatea vieţii de zi cu zi. Ele se desfăşoară între polul protosinelui încorporat, ce emerge din corporalitatea biologică. Şi, pe de altă parte sub

cupola ce o realizează sinele persoanei socio valorice. În spatele tuturor acestor instanţe, la baza fundamentului sinelui conştient pe care le sesizăm zilnic cu simţul nostru comun, se plasează ceea ce tradiţia a numit instanţa generică a transcedentalităţii. Adică, tradiţionalul „ego transcedental”, acea zonă care face ca psihismul fiecărui om să se articuleze cu o caracteristică general umană.

Psihopatologia, referindu-se la simţul comun, are în vedere sinele uman, cu toate aceste dimensiuni ale sale. Dar, în plus, ea are în vedere existenţa omului în mijlocul unei socio-culturi, loc în care el în care el îşi împărtăşeşte viaţa şi colaborează cu alte persoane conştiente. Cuprinşi cu toţii în structuri practico-teoretice, ordonate de norme şi valori, respirând atmosfera logosului.

Chenar 58

Structura generală a sinelui,
a psihismului conştient



În sec.XX s-au făcut mari progrese în psihologia animală, odată cu ideea etologilor de a studia animalele nu în cuşcă şi laborator ci în mediul lor natural de existenţă. În sec.XXI se pot face mari progrese în psihopatologie studiind persoanele ce ajung în situaţia de a prezenta tulburări mentale, nu doar între pereţii de laborator ai azilelor, ci în mediul lor natural de existenţă, alături de familie şi persoanelor cunoscute, în mijlocul socio-culturii în care s-au născut. Biopsihologul Uxkül a propus să se introducă conceptul ecologic de „lume înconjurătoare" – Umwelt – ca parte componentă a proiectelor de studiu în psihologia animală. Pentru psihismul uman am putea avea un echivalent al acestui interesant concept, care a fost însă elaborat de un filozof; şi e încă marcat de concepţia existenţialistă a lui Heidegger, cel care a vorbit despre „existenţialul" faptului de-a-fi-în-lume (in-der-Welt-sein). Desigur, ştiinţa nu poate transpune direct un astfel de concept în recuzita ei noţională, cu toată prezenţa activă în psihopatologie a fenomenologilor. Dar, pe de altă parte, ea a redescoperit şi refundat ştiinţific o serie de parametri pe care filozoful german îi introduce în viziunea sa. Astfel e conceptul de ataşament şi de introjecţie a imagoului celuilalt prin instanţa „internal working model", care este un echivalent fecund a conceptului de „mitsein". Apoi, intenţionalitatea reflexivă a raportării umane la alţii şi la lume în general, pe care o promovează cognitivismul, are aceeaşi sursă teoretică – în filosoful vienez Brentano - ca şi intenţionalitatea fenomenologică a lui Husserl şi Heidegger. Ideea de „ataşament" faţă de lume - şi de desprindere din aceasta, pe care o introduce angoasa şi plictisul - sunt aspecte ce pot fi cu uşurinţă prelucrate de psihopatologie. La fel ca şi conceptul de raportare „instrumentală" la lume, idee conceptualizată de Heidegger ca „ustensilitate". De fapt, cine ştie dacă nu se va petrece cu această intuiţie a lui Heidegger, adică cu viziunea sa asupra omului ca

încadrat de o dimensiune totalizatoare a lumii în care ek-sistă prin faptul-de-a-fi-în-lume, ceva similar cu ceea ce s-a petrecut cu intersubiectivitatea intercorporeală a lui Husserl, care a fost preluată cu succes de psihologia şi psihopatologia developmentală.

Dar aspectul cel mai neaşteptat şi straniu al intuiţiei lui Heidegger e de a reciti „lumea umană" din perspectivă evoluţionistă. Heidegger insistamereu ca ştiinţa experimentală modernă e ceva diferit de ceea ce înţelegea Hegel prin „Ştiinţa Logicii", de „Doctrina" medievală sau de „Epistemé-ul" grecesc. Şi încă, asupra faptului că filozofia, ca ontologie cel puţin, are un început în lumea culturii grecilor, odată cu apariţia gândirii presocraticilor. Ori, acest fapt poate fi corelat cu ceea ce subliniază Eliade privitor la naşterea filozofiei, concomitent cu o mutaţie spirituală ce se petrece în Grecia antică. Şi anume cea dinspre tradiţionala credinţă participativă în povestea mitică, spre interpretarea „mytosului" ca poveste, fabulă, posibilă minciună. Iar această întâmplare istorico culturală, pare să se articuleze, direct cu revoluţia ce se producea atunci pe acele meleaguri în tehnologia logosului. Adică, cu trecerea la scrisul alfabetic, pe care grecii îl preiau de la mobilii neguţători fenicieni, prin legendarul rege Cadmos. Care, omorând un balaur lângă Teba, face ca din dinţii acestuia să răsară războinici înarmaţi. Privind astfel, momentul „aurorar" al filozofiei despre care vorbeşte Heidegger, poate fi plasat într-o perspectivă mai largă a istoriei culturii şi omului. Omul ce descoperă filozofia, e un om ce deja a lucrat pământul, a descifrat mersul stelelor şi a ridicat piramide. Iar în spatele acestor isprăvi se întind peste 150.000 ani de limbaj articulat. Şi poate, aproape două milioane ani de antropogeneză. Ceea ce cunoaştem noi privitor la psihismul uman şi la psihopatologie, se adânceşte în aceste abisuri.

Dar, o astfel de perspectivă, subminează totuşi ceva esenţial din gândirea lui Heidegger, referinţa sa la temporalitatea Dasein-ului, la Timpul sintetizator pe care îl descoperă la capătul analizei "fiinţei ce-şi pune problema Fiinţei". Şi care, demonstrează el, derivă nu din tradiţionalul simţ comun, ci din "simţul intern", al imaginarului pe care-l invoca Kant.

Optimista perspectivă a evoluţionismului, revoluţia pe care aceasta o operează în înţelegerea psihologiei şi psihopatologiei lasă loc chiar pentru simţul comun al fenomenologilor. Dar uită de simţul intern.

*

* *

Gânduri de noapte

Întorcându-se la miezul nopţii de la un cenaclu, Eugen a citit Capitolul XI din carte, privitor la "Psihopatologie, simţul comun şi sinele persoanei conştiente". Înainte de a adormi, nu-l lăsau în pace gândurile. De ce oare unele concepte cum e acela de „simţ comun" străbat cu insistenţă veacurile? Aparent într-o zonă marginală gândirii speculative explicite, dar totuşi în apropierea ei. Şi ce e oare cu aceaadâncire pe care meditaţia Europei creştine a făcut-o în direcţia „simţului intern"? Desigur, la mijloc e Augustin, cu sentimentul interior al temporalităţii, a timpului finit pe care-l trăieşte omul creat şi istoria în care el e aruncat, dincolo de eternitatea Raiului. Simţ intern, pe care l-au cultivat scolasticii, pe care a încercat să îl laicizeze Wolff cu a sa Psihologie Empirică, simţ care a stat la baza împlinirii de către Kant a ideii de „apercepţie sintetică apriorică a imaginarului". Simţ intern pe care, cu perspicacitate, Heidegger îl vede la baza sintezei kantiene, şi îl reafirmă în titlul celebrei sale opere: Fiinţă şi Timp....Dar ce s-a ales oare de acest simţ intern? Unde e el în zilele noastre? În afara de Heidegger cine oare s-a mai referit în sec.XX la această temporalitate a simţului intern?....Simţul comun – common sence – a rămas, a persistat în gândirea britanică, s-a transfigurat în „formele de viaţă" ale lui Wittgenstein....ba poate fi descifrat chiar în „lumea vieţii", în Lebenswelt-ul lui Husserl....Dar simţul intern?....dar temporalitatea?! Oare nu vorbea Cioran despre „Căderea din Timp"....ce s-a ales din temporalitatea lui Augustin? Ce e cu Istoria.....

Capitolul XI Note şi Bibliografie

1. Trimiterile la psihopatologia lui Jaspers se fac în întreaga lucrare şi în mod special în cap.IX

143. Jaspers K. (1965), Allgemeine Psychopathologie, 8 Aufl., Springer, Berlin

Jaspers K. (1997), General Psychopathology, The John Hopkins, University Press, Baltimore, London

Nu e vorba doar despre textul acestei cărţi, care e scrisă în primul rând cu intenţii metodologice. Ci de semnificaţia sa ca ansamblu, care are mai multe aspecte. Ea e o sinteză a semiologiei psihopatologice care s-a adunat în cursul sec.XIX şi e comentată predominant din perspective trăirilor subiective: - Impune ideea de eu conştient (Ich bewusstsein) în centrul persoanei umane normale şi patologice; - Se înscrie în proiectul începutului sec.XX de constituire a unor ştiinţe umane (ale spiritului) distincte de cele fizico biologice, cultivând empatia, hermeneutica şi cazul ideal; - Marchează tranziţia psihiatriei de la faza azilară la cea deschisă spre comunitate. - Tema reacţiilor comprehensibile anormale se plasează în acest context. Pentru receptarea lucrării în lumea anglo-saxonă, a se vedea:

144. Shepherd M. (1998), Conceptual Issues in Psychological Medicine, Routledge, London and New York

În toată opera sa psihopatologică, Jaspers pune accentul pe stările subiective conştiente; iar cercetarea acestui domeniu o denumeşte “fenomenologie”. Fenomenologia era la acea epocă o metodologie filozofică cu tradiţie de peste 200 ani, corelată abordării de către om a cunoaşterii lumii şi cunoaşterii de sine. Ea s-a dezvoltat în paralel cu polarizarea subiect/obiect care s-a impus în gândirea şi ştiinţa Europei; şi care, a stat la baza dezvoltării metodologiei de cercetare inductiv empirice. Datorită rolului aparte pe care fenomenologia l-a jucat şi continuă să-l joace în psihopatologie, problema merită abordată pe scurt, istoric.

Conceptul de fenomenologie este o elaborare europeană, paralelă celui de conştiinţă, el nejucând un rol în gândirea ştiinţifică filozofică a lumii antice. Expresia de fenomen se referă la o lumină indirectă, slabă, ce vine de la o stea, secundară în raport cu lumina solară. Scepticismul antic, cu îndoiala sa metodică, a pregătit terenul pentru considerarea cunoaşterii ca apariţie fenomenală. Impunerea doctrinar filozofică, gnoseologică şi ontologică s-a realizat prin Critica Raţiunii Pure a lui Kant, la sfârşitul Secolului Luminilor. Universul fenomenelor este singurul la care cunoşterea raţiunii umane are acces datorită limitrilor sale intrinseci, el neputând acea acces la lucrul în sine, la “noumen”. Lumea există pentru om ca lume fenomenală. Faptul de a fi în lume şi a avea o lume ne plasează într-un decupaj fenomenal, la suprafaţa necunoscutului noumenal. La sfârşitul idealismului german însă, Hegel foloseşte conceptul de fenomenologie pentru a indica un progres în dezvăluirea istorică a cunoaşterii în general (a lumii) şi a cunoaşterii de sine. Această îndrăzneală e făcută postulându-se instanţa transcedentă a spiritului care astfel se autodezvăluie, omul fiind într-un fel, prin conştiinţa sa, un instrument; deşi, unul central, care cu această ocazie se cunoaşte pe sine. De aceea Hegel îşi intitulează cartea Fenomenologia Spiritului. Ambiţiile ontologice absolutiste ale lui Hegel s-au temperat însă chiar în sec.XIX. Dar fenomenologia, ca substanţă a unei cunoaşteri ce se produce – se dezvăluie prin intermediul reflexiei conştinţei, a persistat.

Când la începutul sec.XX s-a încercat elaborarea unei metodologii a ştiinţelor spiritului, conştiinţa şi fenomenologia tradiţională, deşi evocate, nu s-au plasat în prim plan. Treptat însă expresia de fenomenologie a fost capturată de o metodologie pe care a propus-o Husserl, pentru o dezvăluire, prin intermediul meditaţiei reflexive metodice, a infrastucturilor antropologice egologice, responsabile de cunoaşterea şi existenţa umană. Dar spre deosebire de universalismul conştiinţei individuale. Care, în străfunduri şi la baza ei ar avea acces la instanţa transcedentală a "conştiinţei în genere".

La începutul secolului XX când Jaspers utiliza noţiunea de fenomenologie pentru trăirea, exprimarea şi investigarea trăirilor subiectiv conştiente, noţiunea de fenomen era utilizată de ştiinţele empirice şi într-un sens general, în principiu urmând ideea kantiană a "lumii fenomenelor". Acestea puteau fi evenimente fizice, biologice, şi chiar umane istorice, care se desfăşoară astfe încât omul le poate înregistra şi studia. Ştiinţa se orientase acum, în Europa, spre relaţii (cauzale) între fenomene; şi nu spre efortul de a descifra "esenţa din spatele fenomenelor" în sensul moştenirii antice. În cursul sec.XX evoluează astfel, de multe ori în paralel, trei înţelesuri ale fenomenalităţii: - Cel de fenomen în genere, ca dat posibil al cunoaşterii umane, ce se bazează pe obiectualitatea fenomenelor, pe o metodologie şi pe o logică a cercetării; aceasta a fost etichetată de cognitivism ca "perspectivă a persoanei a treia". Cel de trăiri subiective exprimabile public, în sensul lui Jaspers; acesta a fost etichetat de cognitivism ca şi "perspectivă a persoanei întâi"; - Sensul special, metodologic filozofic pe care-l dă Husserl fenomenologiei, prin analiza fundamentelor transcedentale ale egoului (conştiinţei). Spre sfârşitul sec.XX aceste trei sensuri tind să se contopească. După Merleau Ponty şi Ricoeur, neofenomenologia se integrează tot mai mult într-o psihologie developmentală şi sistemică, solid articulată cu cognitivismul; şi chiar cu evoluţionismul. Dar şi în prezent, problematica subiectivităţii conştiente îşi păstrează relieful, pe care comportamentalismul căutase să i-l nege. Fără pretenţia de a fi centrul abordii problematicii umane, aria fenomenologică a subiectivităţii intime şi a intersubiectivităţii interpersonale, rămâne un domeniu de realitate fundamental pentru psihologia şi psihopatologia antropologică.

2. Abordarea psihismului uman în specificitatea sa a fost făcută la acest nivel din perspective temporalităţii trăite, începând cu prezentul, cu trăirea actuală (Cap.V). Această perspectivă se mulează în mare măsură pe metodologia fenomenologică care pune accent deosebit pe timp, de la Husserl la Heidegger. Ceea ce nu înseamnă că spaţialitatea şi cauzalitatea antropologică nu ar fi şi ele deosebit de importante. Abordarea fenomenologică se articulează însă spontan cu cea cognitivistă, care cultivă "perspectiva persoanei întâi", ca trăire subiectiv conştientă. Cognitivismul abordează însă mai detaliat şi tehnic instanţa metareprezentativă a psihismului uman, prin care subiectul supervizează actualitatea trăită, o evaluează şi o controlează. Tot la acest nivel metareprezentaţional se desfăşoară inferenţa raţională, în sensul gândirii concluzive. Şi la fel narativitatea comunicantă şi imaginarea productivă, care operează cu posibilităţi pe modele ale realităţii. Dar narativitatea trimite şi spre un nivel mai profund care este cel al identităţii biografice. Acest model e susţinut la un pol bazal de constanţa corporalităţii, de protosine şi sinele corpului trăit (lived body, body subject); iar la celălalt pol, de identitatea persoanei socio culturale. Această sinteză identitară a sinelui conştient, care asimilează intersubiectivitatea exterioară şi intrapsihică precum şi universul cultural, e cea care se deschide spre generalitatea funciară a conştiinţei umane, ce a mai fost denumită "ego

transcendental” (Husserl) şi conştiinţă în genere. La acest nivel, care e şi unul al deschiderii spre transcendenţă, s-a plasat meditaţia filozofică privitoare la conştiinţă, între cogito-ul cartezian, conştiinţa de sine kantiană, fenomenologia spiritului prin intermediul conştiinţei - a lui Hegel- şi tematica conştiinţei despre care a continuat să vorbească în sec.XX. În această perspectivă, cognitivismul se afiliază filozofiei minţii iar fenomenologia husserliană se dezvoltă în continuare, în marginea paradigmei intersubiectivităţii intercorporeale.

3. Actuala dezvoltare a neofenomenologiei, care este cultivată de o serie de psihopatologi, îşi are punctul de plecare în reluarea de către Merleau Ponty a ideilor din ultima perioadă a gândirii lui Husserl, dezvoltate în lucrarea sa Meditaţii Carteziene (a cincea meditaţie).

145. Husserl E. (1994), Meditaţii carteziene, Ed.Humanitas Bucureşti
146. Merleau-Ponty M. (2001), Fenomenologia percepţiei, Ed.Aion, Oradea

Husserl, care a analizat fundamentele conştiinţei – ale egoului transcendental- pentru a înlătura problematica solipsisului, s-a aplecat asupra fundamentării existenţei celuilalt. Soluţia pe care a propus-o făcea trimitere la diferenţa între corpul trăit şi resimţit (trupul, “leib” în germană) în interioritatea conştiinţei ca şi consubstanţial egoului cogitant; şi corpul fizico biologic, perceptibil în lumea exterioară. Resimţirea, apercepţia în conştiinţă a trupului ar face legătura nemijlocită între propriul ego subiectiv cogitant al subiectului şi egoul conştient al altei persoane, pe care-l percepem ca şi “încoporat”, ca purtat de trupul acestuia. Merleau Ponty a dezvoltat această idee cu trimitere la psihologia configuraţionistă ca şi psihoneuropatologia vremii în care a scris (1947). S-a impus astfel ideea de “intersubiectivitate intercorporeală”, care s-a amplificat prin plasarea acesteia în universul uman al logosului. Fapt ce permite interpretarea hermeneutică reciprocă a conştiinţelor. În această direcţie, Ricoeur a încercat să integreze şi contribuţia filozofiei mentalului, pornind de la studiile sale ce corelau fenomenologia, hermeneutica şi dialectica, în perspectiva praxisului.

147. Ricoeur P. (1995), Eseuri de hermeneutică, Ed.Humanitas, Bucureşti
148. Ricoeur P. (1990), Soi-même, comme un autre, Ed.Du Seuil, Paris

Psihologia şi psihopatologia developmentală ce s-a dezvoltat în ultimele decenii a acordat importanţa legăturii intersubiective dintre mamă şi sugar, care se dezvoltă în acest diapazon de la început, înainte ca aceasta să dezvolte un psihism organizat şi conştient. În acest sens Trevarthen a vorbit de intersubiectivitatea primară din primele luni de viaţă. Evoluţia în direcţia mentalizării – ToM – care se realizează la trei ani, încheagă colaborarea dintre mintea copilului şi mintea celorlalţi pe un fundal deja dezvoltat al intersubiectivităţii. Ulterior, aceasta funcţionează spontan şi natural în cursul vieţii de zi cu zi, a lumii vieţii (Lebenswelt după Husserl) bazându-se pe simţul comun. Stanghellini îşi dezvoltă doctrina între aceşti parametri, invocând şi tradiţia pe care o evocă Blankenburg.

4. Doctrina hiperreflexivităţii se bazează în egală măsură pe tradiţia clinică a psihopatologiei şi pe analiza filozofico fenomenologică în tradiţia lui Husserl şi Bergson. Ca punct de plecare e invocat Blankenburg:

149. Blankenburg W. (1971), Der Verlust des Selbstverständlichkeit. Ein.Beitrag zur Psychopathologie Simptomermer Schizophrener, Ed.Enke, Stuttgart

Blankenburg pleacă de la doctrina lui Husserl privitoare la lumea vieţii (Lebenswelt) sugerând că în schizofrenie se produce o prăbuşire cvasiexperimentală de la nivelul vieţii obişnuite bazate pe simţul comun, direct până la instanţa hiperlucidă a egoului transcendental – a conştiinţei în genere – care latent zace în orice om. În perioada când a făcut aceste studii conceptual neofenomenologic al intersubiectivităţii intercorporeale era în plină elaborare. Stanghellini se referă la această concepţie, care e expusă metodic în cartea lui Matthews.

150. Stanghellini G., (2002), Disembodies spirits and deanimated bodies. The psychopathology of common sense, Oxford University Press

Între timp şi doctrina originară a lui Husserl a beneficiat de reinterpretări aşa cum e cea a lui Zahavi, care s-a ataşat grupului de neofenomenologi şi cognitivişti ce studiază hiperreflexivitatea în schizofrenie.

151. Zahavi D., (2003), Husserl's phenomenology. Standford University, CA

152. Zahavi, D. (2005), Subjectivity and selfhood: investigating the first person perspective, MIT Press, Cambridge MA

Doctrina hiperreflexivităţii este în prezent în prim planul interesului neofenomenologilor fiind susţinută în studii clinice de şcoala din Copenhaga a lui Parnas.

153. Sass L. (1994), The Paradoxes of delusion : Wittgenstein Schreber, and the schizophrenic mind. Ithaca, NY, Cornell University Press

154. Sass L., Parnas J., Zahavi D. (2011), Phenomenological Psychopathology and Schizophrenia, Contemporary Approaches and Misunderstandings, in Philosophy, Psychiatry and Psychology, 18, nr.1, pp 1-23

155. Parnas J., Handest P. (2003), Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia, Comprehensive Psychiatry 44, 21-34

156. Parnas J., Bovet P., Zahavi D. (2002), Schizophrenia autism. Clinical phenomenology and pathogenetic implications, World Psychiatry 1/3:121-34

Şcoala din Copenhaga condusă de Parnas a angrenat doctrina hiperreflexivităţii în cercetări clinice privitoare la persoane vulnerabile pentru schizofrenie, reluând scala B.S.A.B.S. a şcolii din Bonn (Huber, Gross, Klosterkoter) care abordează trăiri subiective anormale, în varianta mai simplă a scalei EASE. Raballo, care a condus câteva astfel de studii, pune accent pe trăirea sentimentului de "centralitate".

157. Raballo A. et al, (2006), Self-centrality, psychoses and schizotaxia : a conceptual review. Acta Biomed, 77, 33-9

158. Raballo A., Solbye D., Parnas J. (2009), Looking at the Schizophrenia Spectrum Through the Prism of Self-disorderes, An empirical study

Grupul Sass, Parnas, Zahavi, Raballo face apel insistent la conceptul de sine, înţeles ca "ipseitate", cu semnificaţia de "eu însumi conştient", ca subiect ce resimte în cursul trăirilor că "el" este sursa intenţiilor şi actelor sale (agenţie) şi că trăirile subiective

îi aparţin lui, sunt ale sale (“mednest”, “ownership”). Expresia de ipseitate îi aparţine lui Henry.

159. Henry M. (1963), L’Essence de la Manifestation, Paris, PUF, 1963. (The Essence of Manifestation, The Hague:Martinus Nihoff, 1973)

Una dintre personalităţile de vârf ale neofenomenologiei psihopatologice actuale este Fucs, care o abordează ca o instanţa ce mediază între nivelul “molecular” al neuropsihologiei şi cel “molar” al psihopatologiei descriptive. Fucs e interesat şi de “perspectiva persoanei a doua” – pe care cognitivismul o ignoră; şi care s-ar manifesta în fenomenele de ataşament, dragoste, psihoterapie.

160. Fucs T., (2007), “The temporal structure of intentionality and its disturbance in schizophrenia”. Psychopathology, 40, pp 229-235

161. Fucs T., (2007), “Psychotherapy of the lived space. A phenomenological and ecological concept”. In A.m.J.Psychotherapy, 61, pp 432-439

162. Fucs T., (2010), “Phenomenology and Psychopathology”. In G.Gallanger, D.Dchmiecking (Eds), Handbook of Phenomenology and Cognitive Science, Springer Berlin

Mişcarea neofenomenologică se articulează nu doar cu cognitivismul în cercetare şi cu unele sectoare bine definite de cercetare clinică, ci tinde să se impună şi ca o anumită perspectivă aparte de abordare “fenomenoloico existenţialistă” a clinicii psihiatrice. În acest sens e edificatoare lucrarea :

163. Chung M.C., Fulford K.W.M., Graham G. (2007), Reconceiving Schizophrenia, Oxford University Press

5. Tema “sinelui” – a Selfului – este centrală pentru psihologia şi psihopatologia actuală. Menţionăm:

164. Gallanger S. (2011), The Oxford Textbook of the Self, Oxford University Press

165. Kircher T. and David A. (2003), The Self Neuroscience and Psychiatry, Cambridge University

Deoarece capitolul e centrat pe abordarea fenomenologică a sinelui nu se fac trimiteri la studiile neurofiziologice şi evoluţioniste. Menţionăm totuşi o sinteză clasică:

166. Damasio A., (1999), The feeling of what happens, Ed.Harcourt, San Diego, New York, London

Tema sinelui e abordată în Anexa III

Capitolul XII

După 150.000 ani
Evoluţionism, cultură şi psihopatologie

Tinerii s-au reunit pentru a discuta pe marginea unei cărţi apărute relativ recent, scrisă de un german şi institulată “Psihiatrie evoluţionistă”. (Brüne). Ideea de a căută bazele tulburărilor mentale cu zeci si sute de mii ani în urmă era incitantă. De fapt, subiectul părea mai amplu, căci unul din tineri aduse şi o recentă lucrare Oxford Handbook of Evolutionary Psychology (Dunbar). Deci, ideea lui Aristotel că psihologia e o caracteristică a fiinţelor vii în raport cu care omul se diferenţiază doar prin faptul că introduce unele dimensiuni specifice, aşa cum era “nous-ul” stagiritului, părea a se reactualiza.

- Am aflat despre o teorie a psihiatrului britanic Crow (**1**) care sugerează că psihozele, adică tulburările de tipul schizofreniei, a stărilor maniaco depresive grave şi delirului, sunt considerate ca un cost pe care omenirea îl plăteşte pentru achiziţiile psihice uriaşe pe care le-a realizat în raport cu animalitatea. Şi care sunt solidare cu o masivă şi rapidă dezvoltare a creierului, mai ales în anumite zone cum ar fi cortexul prefrontal, temporal şi parietal.

- Crow avansează ipoteza că un moment aparte în antropogeneză a fost dezvoltarea rapidă a limbajului articulat, fapt ce implică cortexul fronto temporal. Şi e solidar cu asimetria interemisferică dreapta stânga. Care, la rândul ei, marchează diferenţă cerebrală între sexe. Dominanţa mâinii drepte depinde de emisferul stâng, considerat cu *carateristici* masculine care e şi sediul elaborării şi utilizării raţionale a vorbirii. Emisferul drept susţine funcţii afective si globale, holistice, melodicitatea, prozodia, fiind mai implicat în particularităţile psihice feminine, de tipul ataşamentului. După

Crow, această emergenţă a limbajului articulat, care fac să crească capacităţile sale reprezentative, adaptativitatea şi creativitatea s-a petrecut relativ brusc în raport cu durata antropogenezei.

Chenar 59

Asumpţiile psihologice şi psihopatologice evoluţioniste

Acestea se bazează pe asumpţiile metateoretice generale ale darwinismului actual : selecţia naturală, adaptarea, selecţia sexuală, teoria reuşitei inclusive ("inclusive fitness theory"). Variabilitatea fenotipică şi mutaţiile genetice se exprimă prin indivizi care sunt mai apţi sau mai puţin apţi să supravieţuiască; iar caracteristicile primilor sunt moştenite de urmaşi, cumulându-se în timp. Selecţia acţionează nu doar asupra caracteristicilor fizice ci şi asupra celor comportamentale şi cognitive, care favorizează adaptarea. Adaptarea e o funcţie biologică ce selecţionează şi fixează şi mecanisme psihologice. Pentru psihismul uman, în continuitatea celui biologic se dezvoltă : alegerea partenerului, investismentul parental, înţelegerea intenţionalităţii celuilalt pentru cooperare şi pentru a face faţă competiţiei, utilizarea eficientă a limbajului, cooperarea în muncă şi activităti sociale. Dar evoluţia, dat fiind faptul că se bazează pe variabilitate şi şanse, produce şi reţine – cel puţin temporar – nu doar funcţii adaptative ci şi co-produse (by-produce). În acelaşi timp ea e marcată de eşecuri sau "zgomote" ale reproducerii. Cazurile psihologice se corelează cu aceste aspecte.

Pe lângă selecţia naturală funcţionează şi cea sexuală. Precum şi comportamentul aparent altruist de propagare a genelor prin sacrificial individual (inclusive fitness theory). În psihologia evoluţionistă se consideră că principala unitate de transmitere şi funcţionare psihologică este "modúlul". Ar exista un set nuclear de astfel de "mecanisme psihologice" universale care edifică ansamblul psihismului unei specii; şi deci şi a omului. Mecanismele psihologice sunt astfel structurate încât receptează preferenţial anumite informaţii, le procesează după anumite reguli şi generează programe specifice de comportament. Ele au câte un "domeniu specific". La animale modulii sunt înnăscuţi, localizaţi în creier şi operează relativ independent, răspunzând la stimuli specifici. Ideea modulară poate fi aplicată doar parţial psihismului uman – de exemplu în aria limbajului, percepţiei vizuo spaţiale, a recunoaşterii altor oameni. La om cea mai mare parte din comportamente sunt învăţate, pe baza unor disponibilităţi transmise genetic şi materializate în creier. Ele se articulează cu structuri funcţionale umane supraindividuale, în cadrul "memelor".

Şi astfel, ar fi apărut o vulnerabilizare a psihismului. Iar aceasta, în anumite împrejurări se actualizează ca psihoză: schizofrenie, manie delirantă ş.a.m.d. Crow susţine că predispoziţia generală pentru psihoze e corelată cu laterizarea emisferică şi cu cromozomii sexuali.

- O astfel de ipoteză, expusă în câteva cuvinte, pare destul de stranie. Totuşi, corelaţia ce se face cu limbajul şi creativitatea pare a indica faptul că psihoza e un preţ pe care omul îl plăteşte pentru funcţiile psihice cele mai noi şi specifice pe care le descoperă, achiziţionează şi le manifestă prin evoluţie. Şi când s-ar fi petrecut acest salt calitativ al emergenţei logosului?

- Ipoteza lui Crow este că, în raport cu perioada de unu, două milioane de ani în care s-ar fi realizat antropogeneza, e vorba de un eveniment mai recent, dintre 150.000 şi 45.000 ani. Acum are loc o creştere rapidă a creierului fronto parietal, odată cu trecerea de a Austrolopitecus prin Homo Abilis şi Homo erectus spre Homo sapiens. Pentru că ştiam că ne angrenăm azi într-o discuţie ce abordează noul domeniu de cercetare a aplicării evoluţionismului în psihologie şi psihopatologie, fapt ce conduce şi la interesanta problemă a memelor culturale, am pregătit împreună câteva fişe, pe această tematică, pe care le avem la dispoziţie ca informaţie şi repere de meditaţie.

- Este această ipoteză a lui Crow împărtăşită de lumea ştiinţifică?

- În cadrul dezbaterilor tehnice, de specialitate, ipoteza lui Crow avansează multiple argumente interesante. Oricum, ea se menţine în atenţia oamenilor de ştiinţă. Dar, a fost şi contestată. Principala alternativă privind vulnerabilitatea omului pentru psihoze e ipoteza creierului social. (Burus) Această structură funcţională sau acest “modúl” global se referă la abilitatea relaţionării interpersonale. Adică, la recunoaşterea preferenţială a altui om, a imaginii sale, a stărilor sale emotive, a intenţiilor sale mentale situaţionale, a

disponibilităţii sale pentru colaborare, a relaţionărilor cu ceilalţi din cursul colaborărilor.

Chenar 60

Evoluţia corpului uman

Corpul uman, cu poziţia sa bipedă, are cel mai dezvoltat creier în raport cu masa corporală din întreaga biologie. El este consecinţa unei evoluţii de aproximativ 2.000.000 ani. Omul descinde din animale insectivore, pe filiera primatelor. În această linie în prezent pot fi identificate : tupaia, prosimiene ca lemurii, bushabies, galepa, speciile simiene (maimuţele) şi antropoidele ("apes"). În linia evolutivă a maniferelor se poate remarca o creştere progresivă a raportului dintre cap/creier şi corp, putându-se stabili un index de progresie (PI). Dar, în direcţia evoluţiei spre om, aceasta prezintă discontinuităţi. În medie primatele au capul de două, trei ori mai mare decât cel expectat în perspectiva creşterii corporale, prin comparaţie cu mamiferele nonprimate. La om se petrece un alt salt în PI, de data aceasta în raport cu primatele (dacă proporţia s-ar fi păstrat, la dimensiunea creierului său omul ar fi trebuit să aibe 450 kg şi 3 m înălţime). Ritmul de creştere a creierului e mai mare şi prenatal dar mai ales postnatal. Prematuritatea la naştere e la om cea mai accentuată din biologie, inclusiv între primate şi antropoizi.

În linie evolutivă, sistemul olfactiv diminuă (18% din creier la tupaia 0,01 la om) dezvoltându-se neocortextul, predominent cel fronto temporal; dar şi alte zone mai vechi filogenetic, ca hipocampul şi amigdala cresc, dar în ritm mai redus.

Caracteristicile corpului uman pot fi interpretate prin diverse scenarii. Principala, postulează reducerea mediului arboricol cu transformarea Africii în savană. În acest "Early Environment of Adaptative – EEA" hominizii au fost obligaţi la bipeditism şi viaţa în grupuri relative mici, de 150 indivizi. Poziţia verticală şi creşterea creierului obligă la o naştere prematură; ceea ce favorizează expandarea postnatală a volumului creierului. După o primă creştere importantă în urmă cu 1.8 milioane de ani, datorită schimbării dietei (de la 350 la 800 cm), o a doua creştere importantă s-ar fi produs în urmă cu 400.000 ani, în urma dezvoltării "creierului social". Şi apoi a limbajului articulat, fapt devenit posibil şi prin noua poziţie a laringelui în condiţiile bipeditismului.

În perioada cultural istorică, corpul s-a metamorfozat prin exercitarea diverselor practici şi urmând normativitatea vieţii sociale. Preocuparea pentru sănătate, alimentaţia, autoîngrijirea, exerciţiile, modelează şi ele corpul uman. Şi la fel, îmbrăcămintea, profesiile, locuinţa ş.a.m.d.

Chenar 61

Creierul uman în perspectivă evoluţionistă

Creierul uman s-a dezvoltat enorm prin selecţia naturală în continuitatea creşterii sale la maimuţe şi primate, la care e de 3 ori mai mare decât cel expectat în raport cu creşterea corporală. La om neocortextul e de 150 ori mai amplu decât expectaţia în raport cu rata creşterii la maimuţe şi primate. Creierul uman conţine aproximativ 100 bilioane nervi şi o capacitate de depozitare informaţională estimată la 1,25 terabiţi. Deşi reprezintă doar 2% din greutatea totală a corpului, creierul foloseşte 15-20% din energia oxigenului pe care-l consumă organismul. Aproximativ 55% din genomul uman se exprimă în creier, organ ce apare astfel ca principala ţintă pentru mutaţii şi schimbări evolutive.

În creierul uman se diferenţiază trei structuri concentrice : creierul "triun" a lui McLean; - creierul reptilian responsabil de reglarea funcţiilor vitale şi comportamentul autoperseverativ; partea rostrală a acestuia e sediul instinctelor ce asigură cuplarea sexelor, agresivitatea şi sumisiunea; - creierul paleomamilar, care e implicat în reglarea emoţiilor, îngrijirile maternale, distresul separării şi explorarea ambianţei; - creierul neomamilar (neocortextul) care asigură funcţiile înalt cognitive şi conştiinţa de sine. Zona prefrontală reglează comportamentul planificat şi relaţionarea cu alţii. Zona temporală este esenţială pentru limbaj şi mentalizare; şi împreună cu cea parietală, pentru reprezentarea de sine în raport cu alţii. Funcţionarea creierului asigură un echilibru între tendinţa autoperseverativă şi dominatorie şi cea empatică şi sumisivă.

Creierul uman exprimă lateralizarea unor funcţii. Emisferul "dominant" stâng (pentru dreptaci) girează funcţiile "liniare" ale limbajului cu producţia lingvistică şi structurarea gramaticală; pe când emisferul drept, mai dezvoltat la femei, asigură funcţiile holiste, intonarea vorbirii şi muzicalitatea, metafora, prozodia, empatia şi percepţia vizuospaţială. "Perspectiva persoanei întâi" ar fi reprezentată în cortextul parietal inferior stâng pe când "perspectiva persoanei a treia" ar fi reprezentată în regiunea similară dar la emisferul drept. Conectivitatea interemisferică s-a dezvoltat evolutiv mai puţin amplu ca cea intraemisferică. Conectivitatea intraemisferică e realizată de patru fascicole principale, care ajută la evaluarea şi procesarea informaţiilor sociale, şi a răspunsurilor de frică, utilizând şi material autobiografic.

Creierul bărbaţilor e mai voluminous, cel al femeilor are o crescută conectivitate interemisferică.

Prin această capacitate de mentalizare, sau ToM, individual uman îşi dă seama ca celălalt are şi el o minte similară cu a sa, dar distinctă de aceasta. Pentru a realiza această înţelegere el trebuie să se perceapă destul de diferenţiat pe sine. De exemplu să se recunoască în oglindă, şi să-şi recunoască stările mentale, intenţiile şi trăirile, ca aparţinându-i lui, ca distincte de a celorlalţi.

E vorba deci şi de constituirea unui spaţiu psihic al interiorităţii şi intimităţii psihice, pe care individul îl raportează la exterioritatea celorlalţi. Adică faţă de alţi indivizi dotaţi cu un psihism similar Relaţionarea cu ceilalţi are o bază şi în ataşamentul pe care-l realizează copilul faţă de mamă şi îngrijitori, a căror imagouri le introjectează în propriul psihism în lunga perioadă postnatală, în care se maturizează sun protecţia părinţilor. Dar, în raport cu aceste persoane intime şi apropiate, “ceilalţi” sunt percepuţi ca persoane străine, care pot fi şi periculoase. “Mentalizarea”, sau capacitatea ToM, presupune capacitatea de a tatona posibilitatea colaborării cu altul, fapt ce implică uneori reţinere, suspiciune. Dar şi deschidere agreabilă spre contact. În cele din urmă, colaborarea cu alţii e absolut necesară. Dar tocmai pentru aceasta trebuie să funcţioneze şi capaciatea de a detecta intenţia altora de a înşela. Şi, să existe propria capacitate strategică de a-i înşela pe alţii. Funcţionarea creierului social mai presupune o anumită libertate în acţiune, controlul acesteia şi inhibarea propriilor pulsiuni agresive.

- Deci, o altă ipoteză este că sensibilitatea pentru psihoze e un preţ plătit de achiziţia rapidă de către om a funcţionării modelului antropologic al creierului social, care, prin rapida sa dezvoltare, tot în perioada ce se întinde între 150.000 – 45.000 ani, a forţat în anumit sens dezvoltarea precipitată a creierului.

- Dar de ce a fost nevoie, d.p.d.v. adaptativ, al selecţiei naturale, de această achiziţie a creierului social?

- Se susţine de către adepţii psihologiei evoluţioniste că, în condiţiile iniţiale ale antropogenezei, în mediul specific al savanei africane în care hominizii trăiau în grupuri nu prea mari de până la 150 indivizi, colaborarea cu ceilalţi era mai adaptativă decât dezvoltarea unei capacităţi individuale de a face faţă adversităţilor şi pentru a obţine cele necesare. Ori, pentru această colaborare, era necesar să se poată detecta intenţiile celuilalt. De asemenea, individul trebuia să aibă o strategie psihică suficientă pentru integrare în grup, chiar şi prin sumisiune. Căci părăsirea sau alungarea sa ar fi echivalat cu moartea.

- Capacitatea creierului social se obţine însă doar parţial prin transmiterea genetică directă. Omul, născându-se prematur, cu mult timp înainte ca organismul şi creierul său să se fi dezvoltat complet, petrece această perioadă a maturării postnatale în relaţia intimă cu familia, sub protecţia şi ataşamentul mamei. Astfel încât el îşi validează potenţialităţile prosociale printr-un contact experienţial direct cu părinţii. Această legătură precoce cu părinţii deschide un spaţiu larg învăţării şi educării. În acest spaţiu emerge şi devine operant, ca fapt esenţial, limbajul verbal narativ. S-ar putea deci ca cele două doctrine să fie convergente.

Chenar 62

Creierul social

"Creierul social" (Brother, 1990) este o structură funcţională a creierului uman care asigură cunoaşterea şi interacţiunea dintre subiect şi alţi oameni; fapt care implică şi cunoaşterea şi reprezentarea de sine. Între aspectele ce sunt integrate în acest concept pot fi menţionate : - recunoaşterea preferenţială înnăscută a feţei umane şi a expresivităţii ei; - recunoaşterea expresiilor emotive şi reacţia adecvată la acestea; - intenţionalitatea privirii, recunoaşterea privirii materne, privirea conjugată şi împărtăşită, comunicarea prin privire; - funcţia de ataşament; - reprezentarea şi asimilarea figurii de ataşament; - imitarea, sub diverse aspecte, a persoanelor prezente; - imitarea reprezentativă; - recunoaşterea de sine în oglindă; - imitarea cuiva neprezent; - intuirea (ghicirea) intenţiilor şi opiniilor altuia în situaţie; - detectarea intenţiei altuia de a înşela; - propria capacitate de a înşela şi manipula pe alţii; - suspiciunea şi detectarea intenţiilor pozitive şi negative a altora; - cooperativitatea; - capacitatea de dialog; - înţelegerea metaforelor şi ironiei altora; - înţelegerea "paşilor greşiţi" pe care alţii sunt pe cale să-i facă; - manipularea "machiavelică" a altora etc.

Funcţiile creierului social sunt îndeplinite de o largă reţea neuronală corticală, cu articulaţii subcorticale. Sunt implicaţi lobii frontali, temporali şi parietali, corelaţi cu sistemul limbic, în cadrul unei funcţionalităţi de tip "botton-up" şi "top-down". Sunt implicate de asemenea funcţii atenţionale, memoria de lucru şi funcţii executive; iar în sens invers regiunile subcorticale reglează emoţiile bazale, motivele şi pulsiunile. Importante sunt funcţiile prin care e delimitat propriul corp prin schema corporală, fapt esenţial pentru autopercepere şi autoreprezentare, în raport cu alţii. Identificarea feţelor altora se realizează într-o zonă delimitată din lobul parietal. Creierul social implică hipocampul şi amigdala, care susţin funcţiile memoriei episodice, biografice şi afective.

În creierul social un rol esenţial îl joacă şi "neuronii oglindă" care se activează când e percepută o mişcare sau o intenţie de mişcare la alt om, vizând aceleaşi zone motorii ale execuţiei. Ei au fost detectaţi ca funcţionali şi în ariile implicate în înţelegerea şi exprimarea vorbirii precum şi în cea care girează activitatea manuală (aria Broca, cortextul premotor, sulcusul temporal superior, cortextul parietal).

În funcţionarea creierului social, la fel ca în vorbire şi în funcţiile executive, e implicat şi cerebelul, nu doar prin coordonarea fină ci şi prin susţinerea atenţiei şi a integrării părţilor într-un ansamblu, în conformitate cu funcţia "coerenţei centrale". Cerebelul asigura "contextualizarea" obiectelor percepute. De asemenea are importante funcţii computaţionale şi asigură ordonarea secvenţială a etapelor în cadrul funcţiilor executive. În ansamblu are funcţii integratoare, de centrare, delimitare, contextualizare, fapt important în relaţionarea socială.

- În mod evident ele se articulează. Mai ales că, limbajul uman nu e doar un sistem de comunicare. Ci un sistem semiotic simbolic, logico gramatical şi semantic, care permite dedublarea semnificaţiilor realităţii într-o instanţă care modelează lumea nemijlocită; şi care permite naraţiunea reprezentativă. Limbajul natural al omului este de la început deschis descrierii, modelării, reprezentării, operării cu posibilităţi imaginative sintetice. Astfel încât educaţia copilului, deşi se realizează prin prezenţa nemijlocită a părinţilor şi educatorilor ce sunt modele de imitat, se bazează şi pe informaţiile ce pot fi vehiculate de limbaj. De la cântecele de leagăn la poveşti şi instrucţiuni pentru comportament, comunicare verbală cu persoane prezente sau evocate, vehiculează conţinutul şi structura unei lumi umane. Desigur că această funcţie reprezentativă a limbajului se îmbogăţeşte de-a lungul antropogenezei. E de menţionat că deşi scrisul a apărut de mai puţin de 10.000 ani, reprezentarea pictografică a fost practicată de omul în devenire de peste 35.000 ani, aşa cum ne-o arată picturile rupestre. Oricum, funcţia reprezentativ simbolică stă la baza dezvoltării unei capacităţi metareprezentative în psihismul fiecărui individ. Care, astfel, devine capabil să se detaşeze de trăirile actuale, situaţionale, nemijlocite. Şi să evalueze situaţia, să opereze pe modele ale acesteia. Dar, punctul de plecare e limbajul natural, cu capacităţile sale narative. În spaţiul astfel deschis se vor dezvolta poveşti despre strămoşi, mituri ale originilor, legende ş.a.m.d.

- Deci, perspectiva evoluţionsită corelează sensibilitatea faţă de psihoze de capacitatea omului de a folosi limbajul, de a avea o instanţă psihică metareprezentativă şi de a se raporta la alţi oameni ca la indivizi ce au stări mentale distincte de a sa. Dar de ce oare, astfel de câştiguri evolutive utile, conduc spre vulnerabilizare, spre posibilitatea psihozei?

Chenar 63

Achiziţii ale psihismului uman, comparative cu psihismul biologic. Funcţii ce se bazează pe capacităţile creierului uman şi pe contextul practico-teoretic a "lumii umane".

1. Vorbirea (limbajul) articulată şi narativă prin care exprimă memoria episodică, biografică şi narativitatea teoretică culturală;
2. Funcţiile executive de planificare, iniţiere, realizare controlată şi finalizare a unein acţiuni cu scop pragmatic, în condiţiile reflexivităţii acestea presupun o percepţie şi un control adecvat al ambianţei spaţiale, a succesiunii temporale şi a cauzalităţii.
3. Cunoaşterea şi recunoaşterea situaţională a altor oameni, a stărilor affective şi mentale ale acestora; faptul include atribuirea acestora, a unor capacităţi intenţionale şi de cauzare.
4. Reprezerntarea în relaţionarea cu sine, a persoanelor de ataşament, incluse într-un sistem din care fac parte şi personae oficiale şî străine; pe acest fapt se bazează atitudinea subiectului de colaborare, suspiciune, opozitivitate agresivă şi autocontrol relaţional.
5. Autoreprezentarea de sine, autonarativă şi autoevaluativă, în condiţiile reflexivităţii.

- Teoretic vorbind, adică reluând programul evoluţionismului aşa cum a fost el afirmat în sec.XIX, orice funcţie nou achiziţionată evolutiv e mai fragilă decât funcţiile vechi, mai simple şi bine consolidate. Desigur, aceasta e o asumpţie generală. Totuşi, ideea tradiţională a fragilităţii funcţiilor psihice mai noi şi integratoare se menţine, cel puţin potenţial, căutându-se modele pentru studierea ei mai precisă.

Astfel, în cazul tulburării care e poate cea mai specifică a psihiatriei, schizofrenia, chiar de la începutul descrierii acesteia a fost incriminată de

către Bleuler o tulburare generală ce constă într-un deficit de sinteză şi coordonare; ca urmare, psihismul se fragmentează incoerent, conducând la simptomatologia sa specifică.

Chenar 64

Bazele cerebrale ale sinelui
(conştiinţei de sine)

Expresia de sine – self – tinde să înlocuiască conceptul tradiţional de conştiinţă, care e plurisemic, extinzându-se de la semnificaţia de vigilitate la cea de conştiinţă morală. Sinele se referă la identitatea (cu sine) a subiectului în raportarea sa la lume, alţii şi sine: cu sentimetnul originării în sine a intenţiilor (agenţie) şi apartenenţa la sine a trăirilor (ownership). Sinele stă şi la baza mentalizării – ToM, a capacităţii de a atribui altora o minte intenţională, similară dar distinctă de a sa. Se disting nivele ale sinelui (conştiinţei) principalele fiind : - protosinele (sinele bazal, corporal, sinele încorporat); sinele nuclear (al raportărilor actuale, active); - sinele metareprezentaţional şi al identităţii narrative, biografice; ar mai exista şi un nivel "umbrelă" a sinelui social valoric, al persoanei.

Într-o sistematizare tradiţională, Damasio circumscrie protosinele corporal la zona ce integrează informaţiile ce vin de la "mediul intern", cele proprioceptive şi de la urechea internă şi cele tegumentare. Ar fi implicaţi unii nuclei ai trunchiului cerebral, hipotalamusul, cortextul insular Pankseep, într-o abordare similară, consideră că bazele adânci ale sinelui se află în structurile diencefalice şi mezencefalice, în special în substanţa gri periaquedulală. Al doilea nivel comentat de Damasio, sinele nuclear ar avea ca bază neurofiziologică cortexul cingulat, talamusul, colicolii superiori. În sfârşit sinele (conştiinţa) în varianta sa extinsă, ar cuprinde cortextul hipocampal, cortextul cerebral şi cerebelul. Acestea ar fi conectate, după Pankseep cu talamusul dorsomedial, nucleul acumbeus, cingulatul anterior şi zona prefrontală.

Ideea unui sine înţeles într-un sens extins e comentată de alţi autori (Tulving, Markowitsch) ca sine autonoetic, care ţine seama de dimensiunea temporală, de trecut, prezent şi viitor, de narativitate şi autodeterminism, Această viziune implică memoria hipocampică.

Chiar la nivelul sinelui nuclear, se cere avut în vedere participarea mentalizării la structurarea trăirilor actuale. Faptul aduce în scenă triada : lob frontal (zona prefrontală), temporal şi parietal, ultimul implicat în delimitarea de sine prin schema corporală şi relaţionarea cu alţii. Schema corporală stă la baza dezvoltării "imaginii corporale" ca reprezentare de sine implicată în relaţii sociale. Baza cerebrală a sinelui implică circuitele ce asigură memoria episodică, biografică şi trăirile emotive. Lobii frontali joacă un rol esenţial în autocoorodonare şi autoreprezentare.

Sinele, ca ax al raportării subiectului la lume, alţii şi sine, este o structură funcţională amplă şi elastică ce organizează raportarea subiectului la lume şi sine, în diverse situaţii.

Funcţiile ce sunt deficitare în schizofrenie se manifestă evident în dezorganizarea vorbirii, deci a unui aspect psihologic specific omului. Depersonalizarea, caracteristică şi ea acestei boli, exprimă şi ea o dezorganizare şi vidare a structurii ierarhice a sinelui. Se ridică deci problema vulnerabilităţii şi deficitului unor funcţii integratoare, specifice psihismului uman. Cum se poate realiza acest lucru? O contribuţie interpretativă interesantă a fost adusă de teoria developmentală a disconectivităţii. Omul născându-se prematur, creierul continuă să se dezvolte după naştere; iar neuronii cerebrali migrează progresiv spre locul final al destinaţiei lor, unde trebuie să realizeze, în adolescenţă, conectivităţi specifice. Dacă acest drum al neuronilor este afectat, nu se mai realizează în final o reuşită conectivitate a lor. Şi deci, condiţiile neuronale ale unei bune sinteze psihice.

- Tot relativ la sintezele psihice superioare, ştim că în autism –a demonstrat un deficit al funcţiei coerenţei centrale, care asigură o percepţie integrată a părţilor într-un ansamblu bine conturat şi semnificativ, ce se detaşează ca o figură pe un fond accesibil. Există deci, în cadrul dezvoltărilor normale, programate genetic pentru creierul şi psihismul omului, astfel de funcţii integrative, a căror realizare concretă poate fi uneori blocată. Funcţiile executive, care şi ele sunt deficitare în autism – au şi în schizofrenie, obsesionalitate şi alte tulburări – un caracter global, de sinteză, prin programarea şi ordonarea etapelor succesive ale unei acţiuni ce conduce la scop. S-ar putea vorbi şi în acest caz al acţiunii voluntare, care este o caracteristică specifică a psihismului uman, de un caracter sintetic, integrativ, ce poate fi afectat prin diverse cauze. Cine ştie dacă nu e vorba tot de o funcţie similară cu cea a coerenţei centrale perceptive; şi dacă ambele

nu sunt derivate dintr-o funcţie cerebrală psihologică mai generală, ce asigură coerenţa funcţiilor psihice specifice omului, ca activităţi nou filogenetice. De altfel, caracteristic schizofreniei este şi dezorganizarea logico semantică a limbajului. Poate şi aceasta este dependentă de o funcţie integratoare şi sintetică mai nou filogenetică, care se fragilizează în unele cazuri. Oricum, cercetările cognitiviste sunt deja angajate în astfel de studii. Important e faptul că, deficitul funcţiilor integratoare face, conform modelelor interpretative clasice, şi se manifestă particular, diustorsionat, diverse alte structuri funcţionale psihoantropologice adaptative. Psihologia evoluţionistă urmăreşte acest proces.

- Evoluţionismul urmăreşte nu doar persistenţa la om a structurilor psihologice specifice biologiei ci structurarea progresivă a unui psihism individual centrat de un sine ierarhizat, capabil de autocontrol reflexiv şi de relaţionare cu alţi indivizi, similar dezvoltaţi. Şi aceasta, chiar dacă principala direcţie de abordare şi interpretare specifică psihobiologiei evoluţioniste e cea populaţională; şi nu cea care e centrată pe indivizi. În acest sens, actualul interes pentru evoluţionism sugerează ca şi psihopatologia umană să fie înţeleasă, în suficientă măsură, populaţional. Şi nu limitată la individul rupt de familia din care provine şi creşte, de populaţia umană ce gravitează în proximitatea sa de-a lungul perioadei sale de formare. Aplicarea principiilor evoluţionismului în antropologie, care s-au relansat în sec.XX în urma marilor progrese ale geneticii, nu mai poate fi însă aplicată cu rigoare atunci când se abordează umanitatea ce intră în făgaşul culturii istorice. Fapt care se întâmplă în ultimii 10.000 sau 7.000 ani. Desigur, şi în această perioadă se petrec importante variaţii adaptative cumulate de invidizi. Dar, pe măsură ce ne apropiem de prezent, se reduce exponenţial timpul în care ele se pot fixa genetic, datorită numărului redus al

generaţiilor succesive. Mare parte din metamorfozele diferenţiatoare de tip evoluţionist se petrec şi se înscriu acum în instanţele supraindividuale ale culturii. În tehnologia uneltelor, instrumentelor, şi logosului, în cunoaşterea teoretică a lumii, în structura practicilor sociale, în sistemele de învăţământ. Adică în planul funcţionării practico teoretice, susţinută de instituţii şi de normativităţi. Limbajul, logosul uman, este în continuare prezent în centrul acestei umanităţi a culturii istorice. În cadrul căreia, normativitatea se decantează, vizând universul valorilor şi al transcendenţei. Această nouă ipostază a omenirii nu are însă cum să ignore achiziţiile ce s-au realizat deja pe parcursul întregii antropogeneze. Şi chiar, cele care vin de mai departe, din filonul general al evoluţiei biologice, mai ales a mamiferelor. Şi care preced apropierea de momentul în care evoluţia o virează în direcţia omului.

- În capitolele precedente am dezbătut mai multe astfel de manifestări. Se pot reaminti comportamentul de investigare, cel de confruntare şi perioadele de rut. Cel puţin ultima ar putea fi contabilizată ca precursor biologic a predispoziţiei pentru stări maniacale.

Chenar 65

Eliade despre poziţia verticală a omului şi începuturile religiozităţii

"Poziţia verticală a omului marchează depăşirea condiţiei primatelor. Nu ne putem menţine în picioare decât în stare de veghe. Graţie poziţiei verticale spaţiul este organizat într-o structură inaccesibilă pre-hominizilor: în patru poziţii orizontale proiectate pornind de la un ax central "sus-jos". Altfel spus, spaţiul se lasă organizat în jurul corpului omenesc, ca întinzându-se în faţă, în spate, la dreapta, la stânga, sus, jos. Pornind tocmai de la această poziţie originară – a te simţi "azvârlit" într-un mediu de întindere aparent nelimitată, necunoscută, ameninţătoare – se eliberează diferite moduri de "orientatio"; căci nu putem trăi mult timp în ameţeala provocată de dez-orientare. Această experienţă a spaţiului omenesc în jurul unui "centru" explică importanţa diviziunilor şi împărţirii teritoriilor, a aglomerărilor şi a locuinţelor, cu simbolismul lor cosmologic".

După acest cuvinte cu care începe "Istoria credinţelor şi Ideilor religioase" Eliade trece succinct în revistă elementele care jalonează primele faze ale umanităţii. Stăpânirea focului, făurirea de unelte – care la început nu apar ca o prelungire directă a funcţiilor corpului, având multiple funcţionalităţi

Chenar 66

Corpul uman
Trupul subiectivităţii conştiente şi corporalitatea socială impersonală

În virtutea faptului că e un animal, omul are un corp ce se dezvoltă în conformitate cu un program genetic. Făcând parte din clasa mamiferelor, trupul omului e purtat în pântecele mamei până la 9 luni. Apoi se naşte, e alăptat, creşte, se maturează, se multiplică sexual, îmbătrâneşte şi moare. Trupul e structurat printr-un ansamblu de organe funcţionale, un rol esenţial jucând creierul. Acesta e sediul sintetizării informaţiilor, luării deciziilor şi coordonării execuţiei. Prin organele de simţ se obţin informaţii din mediu. Tegumentele delimitează corpul. Iar prin membre individul acţionează asupra lumii. Corpul omului are mărci de unicitate prin care poate fi identificat: amprenta genetică, cea digitală, configuraţia imunologică. Corpul biologic poate suferi accidente şi se poate îmbolnăvi.

Psihismul conştient al omului, centrat de sine – self – resimte trupul propriu ca sediu în care se localizează şi din care izvorăsc trăirile sale. Schema corporală care reprezintă neuropsihologic limitele corporale, delimitează un spaţiu psihic, interior şi unul exterior. În spaţiul interior sunt resimţite pulsiunile, durerea, plăcerea, cenestopatiile, greaţa şi alte senzaţii. În interioritatea acestui spaţiu e localizat propriul suflet şi propria minte. Precum şi sentimentul "agenţiei", adică faptul că deciziile şi actele izvorăsc din sine şi îi aparţin lui (apartenenţă "ownership"). Limitele corporale, resimţite ca imagine corporală, reprezintă subiectul în faţa altora, care îl evaluează. Ele sunt obiectul unor preocupări speciale pentru apariţia socială. În spaţiul exterior, e plasată lumea înconjurătoare perceptibilă, alţi oameni şi semnele simbolice ale culturii.

Organele senzoriale şi efectorii ale omului se prelungesc în instrumente şi unelte. Acestea amplifică vederea, auzul, sensibilitatea termică etc. Ele permit o deplasare rapidă o acţiune la distanţă. Într-un fel, uneltele sunt un corp social, la dispoziţia tuturor. Dar uneltele pot fi utilizate de individ doar printr-un contact direct cu acesta. Şi aceasta, fie că el foloseşte un ciocan sau o bicicletă fie că apasă pe un buton sau utilizează telefonul pentru un mesaj ce declanşează o explozie. Sunt si instrumente mai apropiate de propria corporalitate, aşa cum e îmbrăcămintea, ustensilele casnice, locuinţa, proprietatea utilizată.

Limbajul este şi el până la un punct un instrument ce e utilizat de persoană prin corporalitatea sa, fie că e vorba de limbajul mimico-gestual, al podoabelor şi dansului ,fie de limbajul vorbit şi scris. Instrumentele comunicării şi asertării prin limbaj suportă o metamorfoză tehnologică specială. Calculatoarele pot fi interpretate ca modelări ale organului creier.

Corpul este elemental perceptibil al persoanei umane, purtătorul şi simbolul acesteia.

- Investigarea teritoriului e un comportament fundamental pentru animale. La mamiferele terestre el se realizează prin deplasarea pe pământ, cu atenţie crescută faţă de informaţiile noi. Carnivorele îşi caută astfel prada, ierbivorele şi animalele ce trăiesc din cules, îşi caută pe această cale hrana. În anumite condiţii în care ambianţa e nefamiliară şi apar informaţii necunoscute, atenţia se acutizează şi se montează capacităţi de reacţie rapidă. Acest model genetic al investigării ambianţei îl întâlnim la orice copil mic, încă înainte de a începe să meargă. Curiozitatea e o caracteristică fundamentală a intenţionalităţii psihice, mai ales la om. Copilul atinge şi manipulează obiectele ce le întâlneşte. La început le introduce în gură. Apoi se deplasează spre diverse obiecte pe care le atinge sau le învârte pe toate feţele. Un copil ce stă prea mult locului şi nu e interesat de ce e în jur, care nu încearcă să se deplaseze în spaţiul ambiental şi nu se interesează de obiecte, de oameni şi de noutăţi, este în marginea normalităţii.

Nu este dificil să se imagineze cum această funcţie a curiozităţii investigatorii se poate manifesta excesiv, necontrolat. Copilul se mişcă într-una, pune mâna pe orice, atinge, manipulează tot ce întâlneşte, nu respectă regulile, are atenţia în permanenţă mobilă, reacţionează exagerat, exploziv. El va prezenta astfel un sindrom al instabilităţii psihomotorii sau ADHD.

- Ar fi de remarcat că, până la un punct, o crescută tendinţă la mobilitate şi investigare ar putea fi condiţionată şi de o ambianţă educativă în care el e obligat să stea prea mult timp nemişcat în spaţii restrânse. Filogenetic omul a fost o fiinţă ce s-a deplasat mereu, a căutat mereu ceva nou, investigând lumea spaţială la care a avut acces. Tendinţa migraţiei se păstrează şi la omul actual, când populaţiile globului se amestecă pe toate continentele. Şi se exersează călătorii în spaţiul cosmos. Ultimele secole, în care şi agricultura a devenit industrială iar majoritatea activităţilor obligă

omul la sedentarism, introduc o situaţie diferită, cel puţin în raport cu traiectoria de fond antropogenezei. Copilul este acum fixat de televizor şi de calculator, în spaţii de locuit şi de educaţie restrânse. Moştenirea psihică filogenetică a deplasării investigatorii este astfel frustrată.

- Pe de altă parte nu se poate ignora faptul că omul şi-a dezvoltat principala direcţie de investigare în planul metareprezentaţional al culturii scrise, a universului literar teoretic şi a spaţiilor virtuale. Acest lucru nu-i anulează însă tendinţa de mobilitate investigatorie în spaţiul ambiental.

- Un alt domeniu pe care l-am atins în trecut a fost confruntarea beligerantă. Aceasta poate avea loc în diverse împrejurări. Dar un mod standard pentru biologie l-ar constitui lupta intraspecifică între masculi, pentru obţinerea ierarhiei în grup. În cadrul confruntării, atenţia e vigilă, energiile sunt mobilizate, astfel încât randamentul fizic e crescut până ce disputa se încheie. Cel învins se retrage, sau se supune, cel victorios se impune.Ceilalţi i se subordonează. Şi el poate dispune de mai multe femele, pentru a răspândi genele puternice, cu un plus de adaptativitate. Oamenii trăiesc şi ei astfel de perioade, fie că se războiesc cu alţii fie că mimează această confruntare în sport sau în dezbateri politice publice, pentru victoria în alegeri. Creşterea randamentului fizic dar şi a celui mental, atenţional, de coordonare şi control emotiv, de imaginare şi de replică promptă, e o caracteristică a acestor stări. Iar o importantă arie a sindromului maniacal poate avea astfel de caracteristici, desigur prelungite mult dincolo de variantele adaptative, mai ales în forma iritabilă a sindromului. Desigur că după victorie intervine o reducere a agresivităţii fizice şi mentale, a combativităţii, cu montarea euforiei sărbătoreşti. Şi eventual cu dezinhibiţii sociale, alimentare, în cursul sărbătorilor. Petrecerea se însoţeşte de

mâncare, băuturi, voie bună, cântece, dans, reducerea reticenţelor, sociabilitate crescută.

- Relaţionarea erotică ce aminteşte de perioadele de rut, este marcată de asemenea de o serie de dezinhibiţii, fiind articulată şi cu un comportament captativ de atragere a atenţiei celor de sex opus. Dezinhibiţia erotică e însoţită uneori la om de comportamente expansive, cheltuire de bani, manifestări megalomane, decizii rapide care caută să impresioneze şa.m.d..

- În mod evident aceste moşteniri ce vin din biologie pentru modelul dispoziţional maniacal, sunt amplu dezvoltate de modele comportamentale specifice vieţii omeneşti. În prim plan s-ar afla sărbătoarea. E de înţeles că orice victorie,

Chenar 67

Evoluţionismul şi cauzarea tulburărilor mentale

Atrăgând atenţia asupra antropogenezei ca realizându-se prin selecţie şi competitivitate, evoluţionismul comentează, în perspectiva factorilor ce pot condiţiona tulburări psihice, următoarele : - Majoritatea adaptărilor nu sunt operaţionale prin proiectul (design-ul) selectat, procesul fiind unul ce urmăreşte un rezultat economic şi bun în perspectivă statistică; e suficient ca unele selecţii să fie suficient de bune, fapt ce lasă loc unor variante neadaptative.

- Procesul evolutiv nu poate crea trăsături "de novo"; noile adaptări derivă din structurile preexistente, care uneori pot fi îndrumate, în cadrul altor tatonări şi pe un drum greşit; ceea ce nu înseamnă anularea sensului teleologic pozitiv.
- Evoluţia prin selecţie nu e nici ea centrată de un scop, strict progresiv. Mecanismele de operare aşa e frica şi anxietatea, au praguri de declanşare şi încetare labile, care ascultă de legi statistice. Ambianţa modernă în care trăiesc oamenii, are puţine lucruri în comun cu cea pe care au trăit-o strămoşii acestora aproape 2.000.000.000 ani, atât fizic cât şi social. Condiţiile ambientale din savanna africană din perioada antropogenezei au puţine în comun cu viaţa din localităţile rurale şi urbane. La fel viaţa socială, în comunităţi de aproximativ 150 persoane. Diferenţierea psihismului uman s-a realizat în aceste condiţii conjugând nevoia de colaborare cu cea de competiţie şi ierarhie. Particularitatea umană a naşterii premature, a maturării creierului postnatal în condiţiile unui înalt investisment parental (omul exprimând extrema.formulei K de multiplicare) crează condiţii pentru perioade vulnerabile în achiziţia şi structurarea ataşamentului, mentalizării şi independenţei adulte, propice unei reproducţii psihoantropologice. Prelungirea vieţii după perioada fertilă (feminină), explicabilă până la un punct prin funcţia de a îngriji nepoţii, ridică şi ia noi probleme. Organismul uman nu e în mod evolutiv dotat pentru consumul de substanţe pe care omul le distilează şi le produce (vezi addicţia). Evoluţionismul subliniază deci realizarea unui anumit proiect de individ – corp şi creier – care în principiu era programat pentru un ambient biologic difeit de mediul cultural din ultimii 10.000 ani. Vulnerabilizările ce se produc în cursul evoluţiei rapide a creierului şi modelul statistic populaţional al evoluţiei, contribuie şi ele la o înţelegere mai largă a etiopatogeniei în psihiatrie.

Aceste aspecte se suprapun posibilelor cumulări genetice negative, erorilor de reproducţie genetică şi mutaţiilor.

predispune spre o stare de împlinire, de satisfacţie, bună dispoziţie, afect pozitiv. Lucrul se înscrie în schema simplistă a lui Spinoza despre faptul că e bun ceea ce împlineşte existenţa. Ideea reluată şi de un neuropsiholog actual ca Damasio. Dar esenţa sărbătorii omeneşti se corelează mai ales cu ritualul sacral, semnificând solidarizarea grupului în jurul poveştii mitice. Ritualurile evocă personajul sacru în diverse împrejurări umane, unele fiind periodice. Pregătirile sunt marcate de sobrietate, post, reţineri, rugăciuni, totul petrecându-se însă cu participarea

comunităţii. Iar după teofanie, după ce instanţa sacră s-a manifestat pentru credincioşi, bucuria se manifestă ca sărbătoare. Mai ales cu ocazia unor sărbători, ca cea a înnoirii anului - care se referă la momentul originar al creaţiei lumii, la perioada timpului “tare” al începuturilor - se practică mimarea haosului original. Ceea ce dă sărbătorii de tipul saturnaliilor romane un caracter special, cu permisivităti neobişnuite, cu răsturnarea ierarhiilor sociale – stăpânul devine temporar sclav – cu dispariţia reticenţelor, cu măşti şi orgii ritualice. Multe aspecte care amintesc de astfel de sărbători dezinhibate, le regăsim în desfăşurarea maniacală. Dar chiar dacă ne limităm la sociabilitatea euforiei pe care o promovează orice sărbătoare, inclusiv cele consecutive succesului, ne plasăm tot în această zonă.

Pe lângă atmosfera specială pe care o promovează toate serbările, se pot menţinona spectacolele şi jocurile. Multe spectacole de comedie, pantomimă, jocuri cu măşti, au fost promovate de sărbători. Chiar dacă comedia e comentată ca o contrafaţă a tragediei, tot în această arie ne plasăm. Căci şi tragedia, conform interpretării clasice a lui Nietzsche, derivă din sărbătoarea marilor Dionysiace de la Athena. Sunt apoi spectacole de circ. Jocurile sunt şi ele promovate cu ocazia sărbătorilor. Şi la fel,

personajele care întreţin buna dispoziţie, mimii şi saltimbanci. În unele perioade istorice s-a promovat şi o funcţie socială de bufon, care să întreţină atmosfera veselă a sărbătorilor. Această profesie s-a instituţionalizat şi ca bufon a regelui, menit să întreţină buna dispoziţie în atmosfera psihologică, de obicei tensionată, a palatului. Bufon care avea voie să spună fără reticenţă regelui în faţă, sub formă de glumă, adevărul. Ceea ce nu-şi putea permite oricine. Personajul nebunului regelui introduce în structura jocului - a celui de şah, a tarotului, a jocului de cărţi şi de noroc în general, - o funcţie specială, cea de a opera transgresând regulile obişnuite. Este şi aceasta o semnificaţie a libertăţii creatoare de manifestare, pe care concreteţea stărilor psihice maniacale o evocă.

Iar cele hipomaniacale o întreţin, prin permisivităţile pe care şi le permit, inclusiv cu ocazia carnavalurilor. În cele din urmă, studiile făcute asupra creativităţii artistice de către psihiatri ca Andreasen şi Jasmine, indică o corelaţie pozitivă a acesteia cu bipolaritatea ce include mania. Ideile lui Crow ne pot reveni acum în minte.

- Stările maniacale, şi la fel manifestări precum investigarea şi combativitatea, sunt orientate spre exterior, spre confruntarea cu alţii, cu lumea. Unii psihiatri, mai ales cei orientaţi spre vârsta infanto juvenilă, au încercat o sistematizare a stărilor psihopatologice în două mari clase. Una a celor “externalizate”, orientate spre exterior, care ar cuprinde şi tulburările de conduită, de comportament inclusiv psihopatia, nu rareori asociate cu addicţia de substanţe psihoactive. Şi o altă clasă, a tulburărilor “internalizate”, orientate spre interiorul psihismului, spre sine însuşi. Aşa ar fi depresia şi anxietatea.

- În perspectivă developmentală ideea poate fi susţinută. Dar cu precizarea unei corelaţii între cele două domenii. După o confruntare care

mobilizează externalizat indivizii, cel care câştigă se simte împlinit şi se bucură. Iar cel ce pierde, se retrage inhibat pentru refacere. Domeniul anxietăţii are şi el o situaţie pe muchie de cuţit între cele două zone. Atunci când individul, animalul în primul rând, se află într-un teritoriu puţin cunoscut şi plin de pericole, el intră în alertă, în stare de hipervigilenţă, cu atenţia mobilă şi investigatorie, cu organele senzoriale bine acordate pentru a detecta primele informaţii suspecte. Şi cu organele efectorii în tensiune, pentru a putea reaţiona rapid. Toate funcţiile vegetative sunt hiperfuncţionale, de la respiraţie la puls şi unele sisteme endocrine, pentru a întreţine o funcţionare metabolică la înalt nivel a organismului, utilă în cazul în care e necesară confruntarea sau fuga. Pentru om, în aceste stări de anxietate generalizată se adaugă o aprehensiune imaginativă a unor eventualităţi nefavorabile, de pericol posibil. Întreg acest scenariu comportamental adaptativ dacă se instalează necontextualizat, adică în afara unei situaţii care să-l pretindă şi pentru care să fie util, exprimă o stare anormală şi disfuncţională. Stările de spaimă, a căror manifestare corporal neurovegetativă şi psihic subiectivă exprimă iminenţa unui pericol grav, pot apărea şi ele decontextualizat, ca atacuri de panică.

- Cât priveşte frica, ea are o foarte importantă funcţie adaptativă, de a evita confruntarea cu situaţiile periculoase. Sau, de a pregăti individul pentru ele, făcându-l să se asigure cu mijloace de protecţie şi susţinere. Fricile biologice sunt mai mult condiţionate genetic decât învăţate. La om marea majoritate a fricilor sunt învăţate şi imaginate. Ne apropiem de psihopatologie, de sindromul fobic, dacă apar frici nemotivate şi exagerate, care grevează funcţionarea normală a persoanei. Un inventar al fobiilor psihopatologice, atent analizate, arată că la ele pot contribui experienţele de viaţă negative acumulate. Deci învăţarea negativă. Dar, şi fobii ca cele

spaţiale, de locuri înguste, largi, de înălţime, care exprimă o destructurare a funcţiei normale de evaluare vizuo spaţială. Iar altele, pot exprima o intervenţie a universului simbolic al semnificaţiilor cu care omul operează şi pe care le experimentează.

- Anxietatea şi fobia umană au desigur asemănări importante cu cele din biologie. Dar şi specificităţi importante. Întreaga educaţie umană e marcată de jocul dintre sancţiunile pozitive şi cele negative. Iar acestea nu funcţionează doar la nivelul interpersonal al educaţiei. Ci şi la un nivel social. Societatea foloseşte sancţiuni pentru a face ca normativitatea legilor să fie eficace. Şi aceasta de la început, de la fundamentele specificului uman al existenţei. Zeii sunt şi ei răzbunători, sancţionează continuu, pozitiv şi negativ, pe oamenii ce cred în ei.

- În ceea ce priveşte anxietatea, care se referă la trăirea unui pericol difuz, posibil dar neprevăzut, existenţa umană dezvoltă de asemenea diferenţe fundamentale faţă de situaţia biologică. Desigur, tensiunea anxioasă a explorării unor teritorii necunoscute se păstrează. Dar şi aceasta este redimensionată la om prin funcţia de ataşament ce se dezvoltă în primii ani. O mamă securizantă ajunge să imprime copilului un sentiment de încredere şi curaj, chiar şi atunci când nu e prezentă fizic. Şi aceasta prin faptul că imagoul său e asimilat în interiorul psihismului individual, şi sprijină subiectul, chiar din mijlocul acestei interiorităţi psihice. La fel funcţionează sentimentul subiectului ce are pe cine să se poată baza la nevoie. Adică atunci când în reţeaua sa socială proximă există oameni care-l pot sprijini în situaţii de criză. Dacă însă se simte singur şi părăsit, fără “un spate acoperit” d.p.d.v. social, sentimentul de nesiguranţă şi anxietate creşte. La fel funcţionează credinţele în fiinţe supranaturale.

În plus, buna cunoaştere a lumii în care persoana acţionează, nu doar în perspectiva fizică ci în general, îi poate creşte acesteia siguranţa. Şi la fel, speranţa, ataşamentul faţă de idealuri, angajarea fermă în proiecte. Atunci când trăieşte un eşec sau îşi pierde idealurile, subiectul simte că "pământul îi fuge de sub picioare". Şi e invadat de anxietate. Parcă se prăbuşeşte în abis.

- Anxietatea umană, dezarticulând fiinţa conştientă de prezenţa sa fermă în lume, o prăbuşeşte în abisurile neantului. Această formulare care pare figurată, a fost invocată de filozoful Heidegger, care şi-a bazat argumentaţia din ontologie sa fundamentală pe sentimentul angoasei. Angoasă, în trăirea căreia fiinţa şi nimicul de intrepătrund. Trăirea angoasei ar avea valenţele unei zguduiri existenţiale, a unei crize, a unui "epoché" fundamental. Şi ea ar putea trezi, susţine Heidegger, fiinţa omului-aruncat-în-lume – fiinţă Dasein-ului – din existenţa sa impersonală, obligându-l să îşi pună problema unei existenţe autentice.

- Pentru psihopatologie, în aria sindroamelor internalizate se plasează ca principal tablou clinic depresia. În Capitolul III am trecut în revistă mai multe condiţii care în normalitatea biologică şi umană, pot fi enumerate ca variante adaptativ utile ale unei atitudini, care în cazul unei decantări psihopatologice ne conduce la depresie. Principalele valenţe adaptative ale acesteia par a fi acelea de retragere inhibată pentru protejare, supravieţuire, refacere, reorganizare, reculegere, în vederea unor noi proiecte active. Din biologie s-ar putea reţine perioada de rut, inhibiţia din momentele de boală şi retragerea după înfrângere. Dar mai ales comportamentul sumisiv, de supunere inhibată faţă de agresor, uneori chiar până la mimarea morţii. Prin această conduită sumisivă individul evită agresiunea şi atrage sprijin, protecţie. Faptul e valabil şi la om, unde această variantă interferează cu un model ce a fost tradiţional interpretat ca histeric. Pentru om, principala

condiţie a depresiei e considerată însă pierderea. Şi în primul rând doliul, ce se instituie după pierderea unei persoane de care subiectul e ataşat. Doliul constă din nevoia de retragere socială şi de reculegere pentru refacere psihică interioară. Subiectul se redimensionează astfel interior. De aceea, doliul este şi ritualizat social. Dar orice eşec sau pierdere induce o stare depresivă, necesară reculegerii şi reprogramării strategiilor de manifestare ulterioară. Apoi, în plan uman mai intervine sentimentul de vinovăţie şi penitenţă, care necesită şi el o perioadă de restructurare psihică. Suferinţa pe care o exprimă tragedia transpune problema din plan mitic într-unul personal.

Căci, tragedia scenică derivă dintr-o dramă mitică. Moartea şi renaşterea sunt, pentru om, nu doar aspecte ale vieţii sale terestre. De ele au avut parte şi zeii.

La acest nivel ne întâlnim din nou cu ritualul de invocare a transcendenţei. Am menţionat că în cadrul desfăşurării acestui ritual după realizarea teofaniei, oamenii se simt împăcaţi, mulţumiţi. Se trece astfel la o atmosferă de sărbătoare, ce uneori se poate anima într-o petrecere chiar dezlănţuită, după modelul saturnaliilor. Dar prima perioadă a acestui proces, cel prin care zeul este invocat prin apeluri, prin recitarea poveştii mitice, prin rugăciuni, este una de manifestare sobră. Perioadă de autocontrol, reculegere, sumisiune, în care mitul e reactualizat prin rostire şi o serie de ritualuri, deseori scenice, la care grupul participă. Pentru ca să fie eficiente, acestea trebuie să se desfăşoare într-o ordine strictă, respectând riguros prescripţiile. Participanţii se simt reuniţi solidar cu zeul transcendent. Care în final îi contactează şi îi sprijină. Doar astfel buna derulare a vieţii practice a comunităţii e asigurată. Deşi se desfăşoară într-un plan simbolic, acest ritual rigid e absolut necesar pentru activităţile şi siguranţa muritorilor.

Deoarece consecinţele acestor decizii nu mai atârna doar de acţiunea lor incertă. Sau, a fiecăruia din ei. La ele participă acum şi zeul.

Ritualurile psihopatologice se întâlnesc la obsesivi. Acum ele constau în comportamente repetitive absurde pe care subiectul se simte obligat să le execute înaintea unor acte banale : a pleca de acasă, a trece dintr-o cameră în alta, a se aşeza la masă etc. El nu poate realiza aceste acte fireşti dacă nu face, de exemplu, câteva mişcări inutile, cum ar fi nişte paşi înainte şi înapoi, de un număr fix de ori, cum ar fi de 3x3. Şi simte că, altfel, s-ar întâmpla o nenorocire. Îndeplinirea ritualului absurd, are valenţe magice, de asigurare.

În economia patologiei obsesive ritualurile sunt doar un aspect, care rareori se impune în prim plan. Cel mai mult timp obsesivul îl petrece cu problematizarea acţiunii, cu preocuparea pentru muncă şi randament. Şi în planul vieţii sociale, munca ocupă un timp semnificativ mai mare decât invocarea zeului prin ritual. Muncă prin care se obţin bunuri de consum şi se realizează unelte, instrumente, mijloace de producţie. Munca ce e flancată de practica instructiv educativă, de cea administrativă, de practica medicinei, justiţiei, politicii, războiului. Munca poate fi considerată etalonul practicilor sociale. Iar obsesivul, e un om dăruit muncii. Principala sa simptomatologie se învârte în jurul elaborării şi executării actelor, a activităţilor realizatoare, a muncii.

- În perspectiva antropogenezei ideea propriu zisă a muncii apare în societăţile agrare, perioadă din care datează şi Biblia iudeo-creştină. În aceasta, Dumnezeu îl izgoneşte pe Adam din rai pentru a munci pământul cu sudoarea frunţii. Perioadele în care omul era culegător şi vânător au o altă semnificaţier pentru activităţile prin care se obţin produsele necesare supravieţuirii.

- Munca, aşa cum o putem concepe noi azi, se impune odată cu perioada istorică ce este axată pe agricultură şi pe organizarea unui teritoriu cu localităţi stabile şi centrate ierarhic. În minte ne vine Mesopotamia, Egiptul, China, toate preocupându-se de irigaţii şi astronomie, construind piramidal. Dar producţia de unelte – cuţite, ciocane ş.a.m.d. - precede această perioadă. La fel ca limbajul articulat şi asimetria interemisferică, pe care o invoca Crow. Şi la fel diviziunea muncii dintre bărbat şi femeie. De altfel se consideră că descoperirea agriculturii se datorează femeilor ce cultivau bulbii, având timp pentru aceasta. În timp ce bărbaţii peregrinau la vânătoare.

- Pentru analogia cu obsesia are importanţă munca organizată administrativ şi planificat. E tocmai ceea ce se întâmplă în societăţile agrare. Durata de la însămânţare la recoltă e avută în vedere ca un ciclu ce are un început şi un sfârşit. Iar ordinea în care trebuie să se desfăşoare lucrările agricole, are în ea ceva ritualic. La fel ca şi ritualul sacral. Perioada antropogenezei în care se impune sedentarismul aduce cu ea şi dezvoltarea localităţilor stabile, ce culminează cu oraşul. Oraşul e ceva special, nu doar în perspectiva istorică comunităţilor umane. Ci şi pentru direcţiile în care se profilează diferenţierea psihismului individual. El susţine specializarea în raport cu statute profesionale şi sociale determinate. Precum şi dezvoltarea diagramei intim public.

- Istoricii şi sociologii au propus diverse definiţii pentru oraş. Una din ele, cea a britanicului Toynebee, care formulează că oraşul e o comunitate stabilă de oameni care nu trăieşte din propria producţie alimentară. Astfel el e expresia unei specializări pe care comunităţile rurale o acceptă datorită utilităţii funcţiilor sale. Iar aceste funcţii au fost administrative, cultice, meşteşugăreşti, comerciale, militare, imperiale, ş.a.m.d. Când oraşele apar,

suntem în faţa unei societăţi ce se diferenţiază structural, deschizându-se spre o împlinire istorică. Aşa a fost când, după vechile zone din jurul Mesopotamiei articulate cu estul Meditarenei, s-a produs urbanizarea spaţiului grec şi roman.

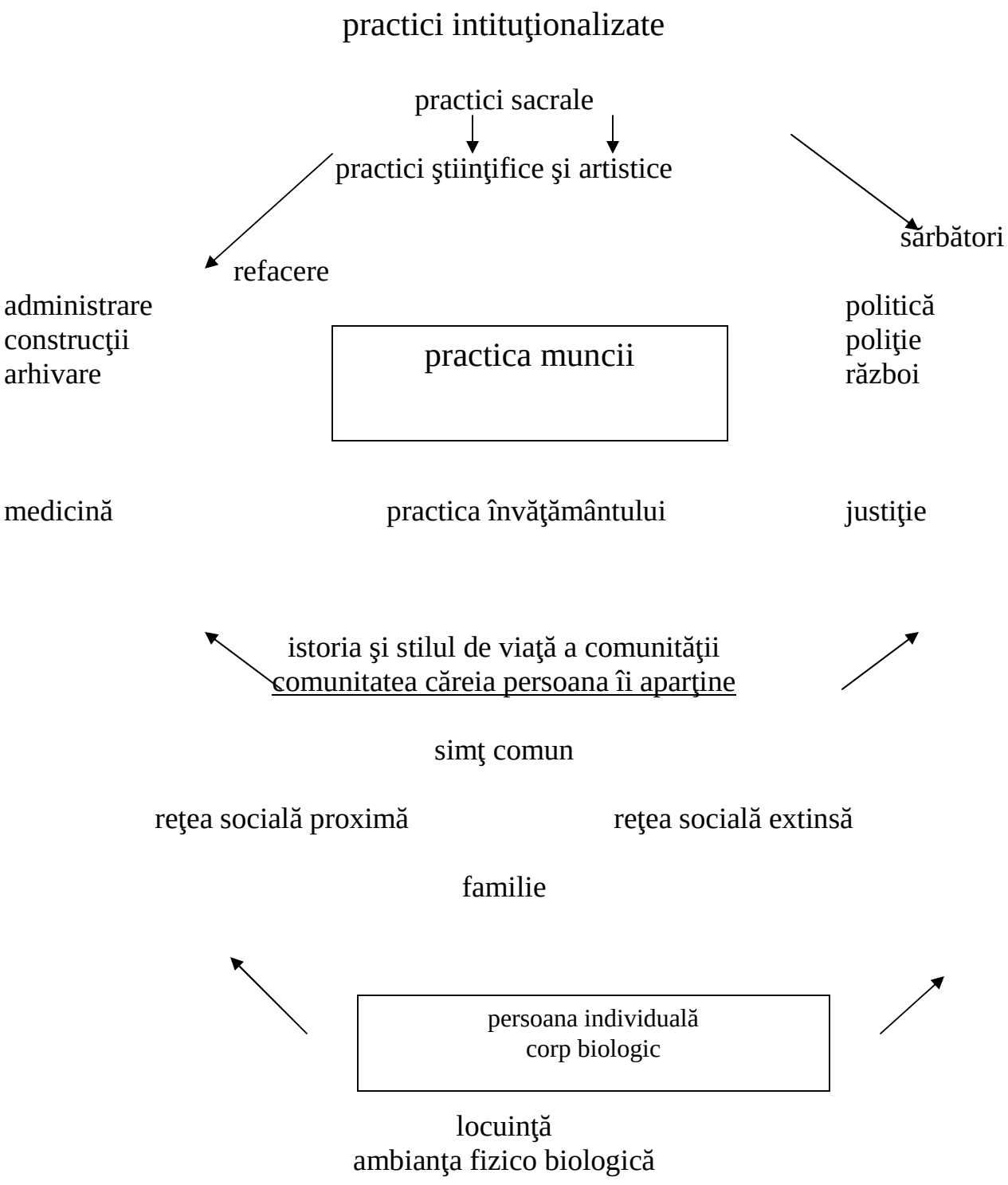
De fapt, se zice că romanii, crescuţi pe spatele culturii etrusce, au avut un singur oraş, Roma; şi o serie de replici standardizate ale acestuia. Europa e însă un exemplu grăitor a relaţiei între apariţia oraşelor şi dezlănţuirea unei civilizaţii culturale. Viaţa de tip urban a stimulat meşteşugurile, comerţul şi apoi cultura şi ştiinţa. Oricum, ea favorizează dezvoltarea funcţiilor profesionale şi administrative; precum şi a diagramei intim public a psihismului individual.

Dar de ce e invocată obsesionalitatea atunci când e vorba de muncă?

- Putem rezuma problema prin faptul că mare parte din simptomatologia acestei tulburări se exprimă în planificarea şi controlul executării acţiunilor, similar cu munca standardizată şi ritualizată. Dar şi cu organizarea socială a muncii, care presupune administrare, pregătire, execuţie controlată şi depozitarea produselor. Dacă rămânem la planul individual, întâi trebuie luată o decizie, apoi proiectate etapele succesive ale acţiunii. Urmează organizarea şi execuţia, cu un permanent control şi o continuă evaluare a etapelor deja atinse şi a strategiilor viitoare.

Chenar 68

Instanţa practicilor instituţionalizate învăluie existenţa persoanei şi constituie "lumea sa umană" în care funcţionează psihismul său, centrat de sine



Pentru a se ajunge apoi la un final ce se cere şi el evaluat. Tot acest proces pretinde un control al ordinii lucrurilor, o bună sistematizare şi tematizare; precum şi un autocontrol eficient. Această desfăşurare devine fragilă la obsesiv, începând cu decizia.

- Decizia e deseori o problemă dificilă şi pentru colectivităţile umane, care dezbat alternativ diverse opţiuni, până la hotărârea finală. Tocmai la acest nivel poate interveni asigurarea pe care o poate oferi invocarea zeului. Sau, în cazuri de indecizie haotică a politicilor care argumentează opţiunea, se poate impune un dictator. Romanii, cu simţul lor organizatoric şi metodic, au chiar introdus dictatura ca formă opţională de guvernământ, ce poate fi aleasă în situaţii de criză. Iar ca echivalent în democraţiile moderne, se poate institui uneori o "situaţie de urgenţă". Pentru individ, decizia poate fi uşurată prin apelul la autoritate. Pentru copilul mic, mama, ca figură de ataşament, îi dă siguranţă în investigarea teritoriului. Iar pentru adult, în decizie sunt utile sfaturile întelepte ale altora. Dar obsesivul nu se poate sfătui cu altul căci una din deficienţele sale disfuncţionale este faptul că nu se poate relaţiona uşor şi spontan cu alţii. Din acest punct de vedere obsesivul se apropie de autist. Totuşi, el îşi pune problema deciziei cu acuitate, amplificând ceea ce, până la un punct, e uneori greu pentru orice om. Fiinţa umană fiind caracteizată printr-o relativă capacitate de alegere liberă, acest fapt poate deveni o problemă. Filozoful existenţialist Jean Paul Sartre a formulat expresia : "Suntem condamnaţi la libertate!". Obsesivul trăieşte uneori cumplit această condamnare, chinuindu-se de dimineaţa până seara, cu cele mai neînsemnate decizii. Alegerile care ar trebui să fie spontane, prin discernerea automată a ceea ce e important şi ce nu, îşi pierd filtrul de ierarhizare care acţionează natural în cadrul axiomelor vieţii de zi cu zi.

- Dar şi decizia prea rapidă poate fi păguboasă sau neadecvată. Modul impulsiv de comportament, care nu ţine seama suficient de consecinţele acestuia pentru sine şi pentru alţii, poate căpăta o intensitate anormală. În unele cazuri de tulburări de personalitate cum e cea antisocială şi cea marginală, se petrec frecvent astfel de comportamente precipitate, uneori cu coloratură agresivă. Stări explozive sau autoagresive, chiar tentative de suicid.

- Deşi sunt opuse până la un punct, comportamentul impulsiv şi cesl compulsiv obsesiv se apropie de fapt, tocmai prin perturbarea procesului de autocontrol decizional. De aceea, psihiatrul Hollander şi echipa sa au inclus în spectrul maladiv a tulburării obsesiv compulsive şi o axă pe care se plasează comportamentele impulsive anormale.

- Obsesivul trăieşte un control exagerat al deciziei şi acţiunii, pe care-l resimte penibil subiectiv, într-o manieră hiperreflexivă. Dar controlul se exercită şi asupra relaţionării cu alţii, care sunt ţinuţi la distanţă în mod respectuos. Există însă şi o variantă a obsesionalităţii în care subiectul trebuie să-şi controleze cu grijă pulsiunile agresive ce le resimte în raport cu alţii. E o altă situaţie decât cea în care expolozivul necontrolat izbucneşte uşor la furie şi-l agresează pe cel din faţa sa.

- Controlul propriului comportament este, după opinia evoluţioniştilor, unul din principalele obiective ale selecţiei naturale în cazul omului, aşa de interesat de colaborarea interindividuală. Fenomen care se corelează cu alţii; angrenat cum e în paradigma dezvoltării creierului social. Dar şi cu această ocazie e clar că ceea ce se realizează ca achiziţie evolutivă la nivelul psihismului şi creierului individual, se cuplează cu normativitatea practicilor socio culturale. Întreaga educaţie din familie şi şcoală promovează, prin diverse tehnici, un astfel de autocontrol. Cu respectarea

normelor de conduită. Şi a celor ce definesc funcţionarea prin statute şi roluri în instituţiile publice ale practicilor umane. În toate direcţiile există o marjă a libertăţii de acţiune, a variaţiilor circumstanţiale, a improvizaţiei şi creativităţii. Dar în esenţă normele sunt cele care ordonează totuşi comportamentul oamenilor, ca jaloane de referinţă pentru autocontrol şi pentru controlul exterior. Şi la fel cutumele şi legile. Instituţia justiţiei, practica poliţienească şi juridică, spionajul, sancţiunile, toate joacă o funcţie de control. Psihismul individului are, în toate marile direcţii după care e organizat, replici în funcţionarea socio culturală supraindividuală, prin sistemul practicilor instituţionale ale societăţii. Când se va aborda problema « memelor », această perspectivă nu trebuie ignorată.

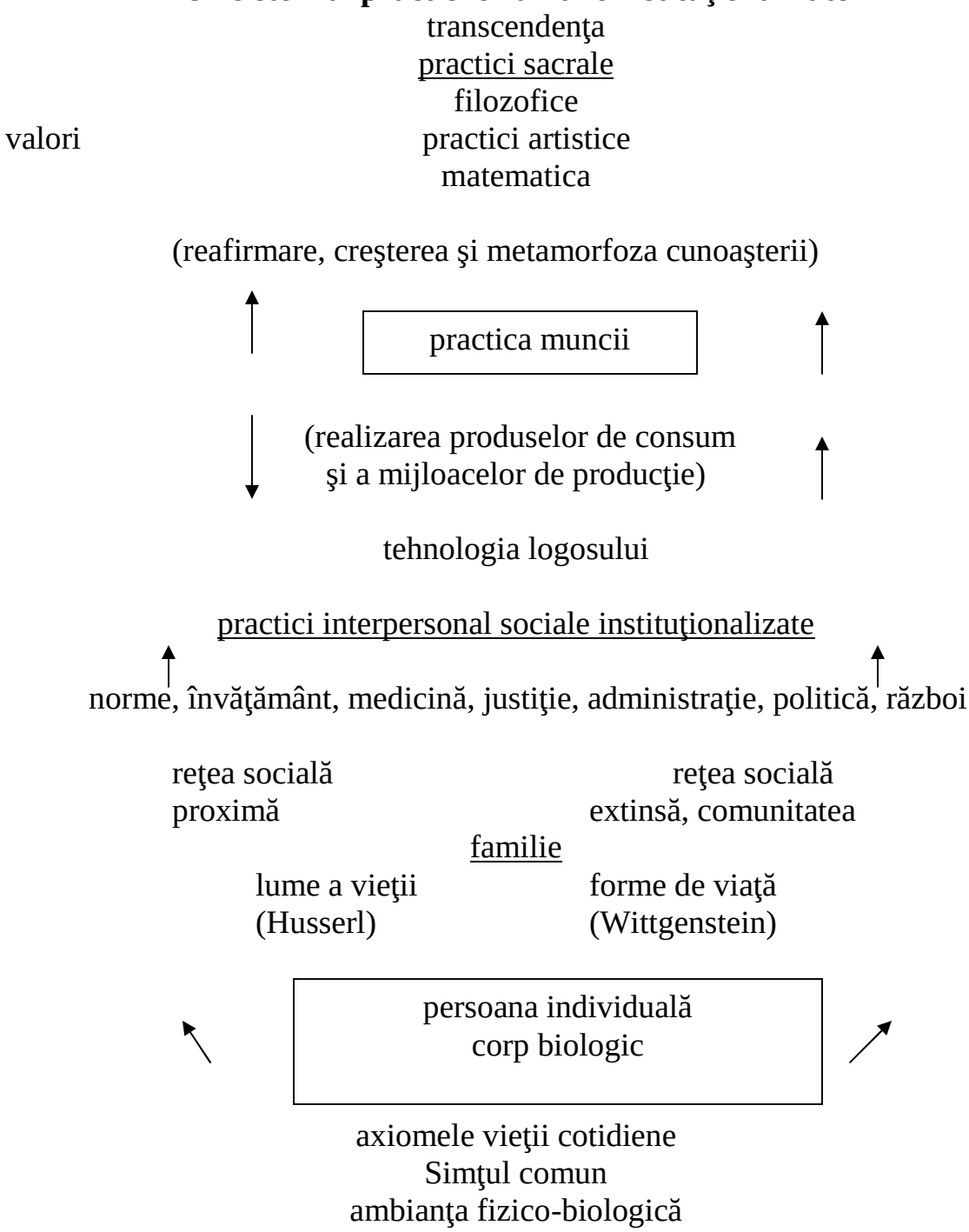
- Psihismul individual e într-un fel o onglidă, un “fractal” cum se spune într-o teorie a ultimelor decenii, a marii societăţi. Dimensiunile şi organizarea sa a fost din antichitate etichetate ca un “microcosmos”. Iar modelele sistemice ale ultimelor decenii nu încetează să repete cum diversele nivele de organizare ale realităţii reiau aspecte similare. Autocontrolul psihologic a fiecărei persoane poate fi comparat cu autocontrolul societăţii ce ţine sub supraveghere şi dirijare indivizii. Deşi simplele analogii devin de la un moment dat superficiale şi plictisitoare.

- Poate, lucrurile s-ar putea anima dacă ne gândim la educaţie. La toate mamiferele puii rămân o vreme lângă părinţi, actualizându-şi potenţialităţile comportamentale înnăscute sub supravegherea cuasieducativă a acestora. Şi la oameni familia e esenţială în educaţie. Aşa a fost şi aşa e şi în zilele noastre. Totuşi, în universul uman ceva s-a schimbat odată cu prima mare mutaţie ce s-a produs în cadrul tehnologiei logosului, atunci când vorbirea narativă s-a consolidat, a apărut scrisul. Prin scris istoriile mitice pot fi fixate devenind texte sacre. Păstrătorii lor sunt cei care au control şi asupra

identităţii unei colectivităţi, a istoriei sale, înscrisă în arhive. Scrisul consolidează puterea politică ierarhică, pentru că el mediază acum desfăşurarea administraţiei, cunoaşterii şi comunicării. Scrisul permite dezvoltarea matematicilor, a astronomiei, a construcţiilor umane, a evidenţei bogăţiei, a comerţului. Atât scrisul cât şi cultura scrisă au nevoie de un altfel de învăţământ decât educaţia din familie. Şcolile în care se învaţă scrisul şi cultura scrisă gravitează în jurul centrelor de putere. Şi susţin puterea, o sprijină să expandeze. Cultura Greciei antice a gravitat în jurul unor instituţii publice, agorice, ca Academia şi Lyceumul. Se poate spune că în mare măsură cultura Europei – şi Europa ca civilizaţie - se corelează cu universităţile sale. Iar mai recent SUA s-a menţinut în zona marilor puteri şi prin faptul că a întreţinut excelenţele Universităţii.

Chenar 69

Un sistem al practicilor umane instituţionalizate



- Tehnologia logosului, deşi se manifestă la un nivel supraindividual şi generic, are tot timpul un impact deosebit asupra sistemului practicilor umane din diverse socioculturi. Şi pe această cale, asupra psihismului individual iar prin intermediul acestora asupra indivizilor umani. Astfel, după scris, o altă importantă revoluţie ce s-a produs în acest domeniu a fost decantarea scrierii alfabetice. Trecerea ei de la fenicieni la greci, odată cu miticul erou Cadmos, s-a materializat în miracolul culturi greceşti căreia îi datorăm atâtea, de la universul artelor la filozofie, de la ştiinţele matematice la retorică. Iar latinii, care au mediat impunerea culturii greceşti în istoria civilizaţiei, sunt alţi beneficiari timpurii ai tehnologiei scrisului alfabetic.

- Invenţia feniciano-grecească a scrisului alfabetic are o evidentă legătură cu mobilitatea comerţului pe mare şi a contactului între diverse culturi mediteraniene. Eliade comentează faptul că grecii au putut inventa filozofia prin faptul că au degradat mitul viu, în care comunitatea credea adânc şi la derularea ritualică a căreia participă cu dăruire, în “mytos”, înţeles ca fabulă, poveste; sau posibila minciună.

Această relativizare a credinţei încremenită în ritualuri a fost pusă în seama unui zeu minor, a lui Hermes, care întruchipează în acelaşi timp ambiguitatea limbajului şi comerţul, fiind zeul retorilor dar şi a călătoriilor şi mobilităţii perpetue. Denumirea sa latină de Mercur a fost atribuită unui metal fără formă proprie, ce se pliază oricărei configuraţii. Iar univocitatea sensurilor din textele sacre a început să fie interpretată prin hermeneutică.

- Hermes era o zeitate a drumurilor. Romanii care i-au succedat pe greci, le-a încorporat cultura şi au transmis-o apoi Europei prin creştinism, au fost maeştri în construcţii de drumuri. Scrisul alfabetic îşi validează prin ei valenţele agresive, războinice, cuprinse în mitul cu Cadmos. Care

omorând balaurul de la Theba a făcut să se nască din dinţii acestuia războinici înarmaţi. Aşa cum formulează şi teoreticianul massmediei moderne McLuchan.

Chenar 70

McLuhan despre scrisul alfabetic şi schizofrenie

În celebra sa carte galaxia Gutenberg, teoreticianul mass media Marshall McLuhan are un paragraf intitulat: "Schizofrenia este poate o consecinţă inevitabilă a alfabetizării". Autorul semnalează observaţia lui Casotheres ca scrierea alfabetică produce o ruptură între lumea magică a auzului şi lumea indiferentă a văzului, ceea ce a permis apariţia omului "detribalizat". "Rezultă aşadar, în mod evident că omul alfabetizat, încă de la apariţia sa în Grecia antică, este un om dedublat, un schizofren, cum au fost, de la apariţia alfabetului fonetic, toţi oamenii alfabetizării. Scrierea în sine nu posedă această capacitate deosebită de a detribalize omul, capacitate exclusivă a tehnologiei fonetice…Romanii au perfectat, prin mijlocirea alfabetului, transpunerea culturii în termini vizuali….Ştiinţa aplicată, fie în structurile militare, fie în organizarea producţiei, depinde de uniformitatea şi omogenitatea populaţiei".

Ideea scoasă în relief de McLuhan se poate extinde la uniformizarea ce a introdus-o în Europa tehnologia a tiparului, ce a fost urmată de Epoca Clasică a Raţiunii, cu ordinea ei excesivă şi uniformizarea societăţii, pe care o analizează Foucault. Această perspectivă susţine ideea că noua tehnologie media, de la telefon şi televizor la calculator şi mai noile "tablete", de pe care poţi citi romane în timp ce te plimbi şi bârfeşti cu alţii, retribalizează umanitatea.

Mc Luhan M. (1975), Galaxia Gutenberg, Ed.Politică, Bucureşti

- Imperiul roman e creditat de istorie ca semnificativ prin organizarea sa centralizată şi prin importanţa pe care a dat-o justiţiei. Prin structura sa el a mijlocit răspândirea creştinismului ca o religie universală. Pulsaţiile istoriei se afirmă în paralal cu consolidarea câştigurilor pe care mutaţiile în tehnologia logosului le produce. Europa Renaşterii a beneficiat şi ea de o astfel de mutaţie, care a fost cea produsă de tipar. Răspândirea cunoaşterii prin cărţile tipărite ar putea fi comparată cu câştigul antropologic ce l-a instituit scrierea alfabetică. Doar astfel a devenit posibil Iluminismul din sec.XIX, alfabetizarea maselor şi consolidarea epocii ce a fost numit modernitate. Şi, poate diferenţierea conceptului filozofic european de subiectivitate conştientă. Revoluţiile din tehnologia logosului ce s-au produs în sec.XX, de la telefon şi radio, la film şi internet, ar putea fi plasate în continuitatea acestui filon al devenirii umanului. Psihologia individului uman, a persoanei – şi deci şi psihopatologia sa – creşte pe solul biopsihic special pe care cei peste 1.000.000 ani ai antropogenezei l-au configurat şi cărora cei aprox. 200.000 ani de vorbire articulată l-a dat o formă specială. Dar care a fost certamente remodelat de cei aproximativ 10.000 ani ai istoriei unei umanităţi ce a început să scrie. Şi apoi care, treptat s-a alfabetizat, dând contur tot mai accentuat diagramei intim public a psihismului personal. În plus, psihologia şi psihopatologia nu pot ignora faptul că omul se metamorfozează în continuare, în paralel cu tehnologia generală, inclusiv cea a logosului. Omul de azi e parţial diferit de cel al Renaşterii iar începutul sec.XXI etalează un om puţin diferit de începutul sec.XX.

Practica educaţiei şi învăţământului poate fi înţeleasă din diverse perspective şi dimensiuni. Educaţia bzală, informală, se petrece în familie. La nivelul cel mai simplu al învăţării scris cititului şi matematicii din clasele

primare, se educă o serie de abilităţi cognitive şi general psihice fundamentale.

Chenar 71

Eliade despre trecerea de la mitologie la filozofie

"Toată lumea ştie că de la Xenofon (aprox.în 565-470 î.e.n.) încoace – care a criticat şi înlăturat cel dintâi expresiile "mitologice" ale divinităţii folosite de Homer şi de Hesiad – grecii au golit treptat "mytosul" de orice valoare religioasă şi metafizică. Opus atât lui "logos" cât şi mai târziu lui "hystoria", mytosul a sfârşit prin a indica "tot ce nu poate exista cu adevărat".

Şi la un anumit moment al istoriei, mai ales în Grecia şi în India, dar şi în Egipt – o elită începe să se dezintereseze de această "istorie divină" şi ajunge (ca în Grecia) să nu mai creadă în mituri, deşi încă mai pretinde a crede în zei…

…..Dar după acest proces de "demitizare", mitologiile greceşti şi bharmanice nu mai puteau reprezenta, pentru elitele respective ceeeea ce reprezentau pentru strămoşii lor…Pentru aceste elite, "esenţialul" nu mai trebuia căutat în istoria zeilor, ci într-o"situaţie primordială" care precede această istorie. Asistăm la un efort de a trece dincolo de mitologie în măşura în care ea reprezintă o istorie divină şi de a ajunge la izvorul iniţial de unde a ţâşnit realul, pentru a identifica matricea fiinţei. Tot căutând izvorul, principiul "arhé", speculaţia filozofică a regăsit, pentru scurt răstimp, cosmogonia; dar nu mai era vorba de mitul cosmogonic, ci de o problemă ontologică….Ajungem aşadar la "esenţial" printr-o prodigioasă întoarcere în urmă,….dar nu prin mijloace ritualice, ci efectuată "printr-un efort de gândire". În acest sens s-ar putea spune că primele speculaţii filozofice derivă din mitologii : gândirea sistematică se străduieşte să identifice şi să înţeleagă "începutul absolute" de care vorbesc cosmogoniile, să dezvăluie misterul facerii lumii, de fapt, misterul apariţiei fiinţei…..

Mircea Eliade, Aspectele ale mitului, Ed.Univers, Bucureşti, 1978, 105-106

…Se cere subliniată afinitatea teologiei solare cu "elitele" fie că e vorba de suverani, de iniţiaţi, de eroi sau de filozofi…Asimilat cu "focul inteligent" soarele termină prin a deveni, în lumea greco romană, un "principiu cosmic". "Hierofania" se transformă în idee…Heraclit ştia deja că "soarele e nou în fiecare zi". Pentru Platon el e imaginea Binelui…, pentru orfici e inteligenţa lumii…… Proclus în al său imn al soarelui, realizează valorizarea sincretico-raţionalistă a astrelor….Ultimii veniţi printre "aleşi", filozofii, au reuşit astfel să desacralizeze una din cele mai puternice hierofanii cosmice".

Mircea Eliade, Traité d'histoire des religious, Ed. Payot, Paris, 1974, 135-136

Exersarea atenţiei concentrate, discriminarea perceptivă în spaţiul unei pagini, memoria, reprezentarea, imaginaţia, coordonarea fină a mâinii şi privirii, răbdarea, autocontrolul, relaţionarea cu persoane de diverse generaţii într-un cadru instituţional, sunt doar câteva din aspectele psihologice puse în joc şi tensiune, cu ocazia educaţiei elementare. Se pot evidenţia astfel o serie de deficite şi particularităţi psihice comportamentale. Între acestea e şi deficienţa intelectuală de diverse grade; sau autismul, aspecte care necesită programe educaţionale speciale. O serie de manifestări anxioase, fobice, obsesive, tulburări de autocontrol şi de conduită, se pot manifesta şi ele în cadrul educativ. Dar cel mai important e faptul că tânărul face cunoştinţă cu o lume paralelă cu cea a datumului situaţional, perceptiv nemijlocit. De fapt, copilul a început această relaţie din vremea poveştilor primei copilării. Dar acum apare lumea cunoaşterii, cea pe care o mediază ştiinţa, cu toate abstracţiile ei. În cursul îndelungatului proces instructiv educativ, pe lângă nenumăratele abilităţi, tânărul îşi însuseşte cunoaşterea şi reprezentarea despre lume a socio-culturii în care trăieşte. Şi a locului pe care îl ocupă în această lume grupul oamenilor din care face parte. Viaţa sa se va desfăşura constant pe mai multe planuri, care multiplică contactul nemilocit cu mediul din jur, atât prin percepţiile şi reprezentările sale operaţionale cât şi prin invocarea cunoaşterii. Iar ca adult, individul participă la reafirmarea acestei cunoaşteri şi la amplificarea ei. La reproducţia lăsrgită a cunoaşterii despre lume pe care o practică sociocultura vremii în care trăieşte, prin intermediul complexului de generaţii ce se amestecă într-o colectivitate în care e inserat subiectul. Colectivitate ce funcţionează, ce activează, în interiorul unui sistem organizat de practici, care se autoreproduc în permanenţă. Cei care ajung să delireze sau trăiesc o dezorganizare depersonalizantă, se desprind, se detaşează de pe fundalul acestei lumi comunitare, dimensionată prin

cunoaşterea lumii în general. Cunoaşterea ce se răspândeşte ca o lumină în interstiţiul practicilor unei culturi; purtată cum e de logos, mediată de tehnologia logosului.

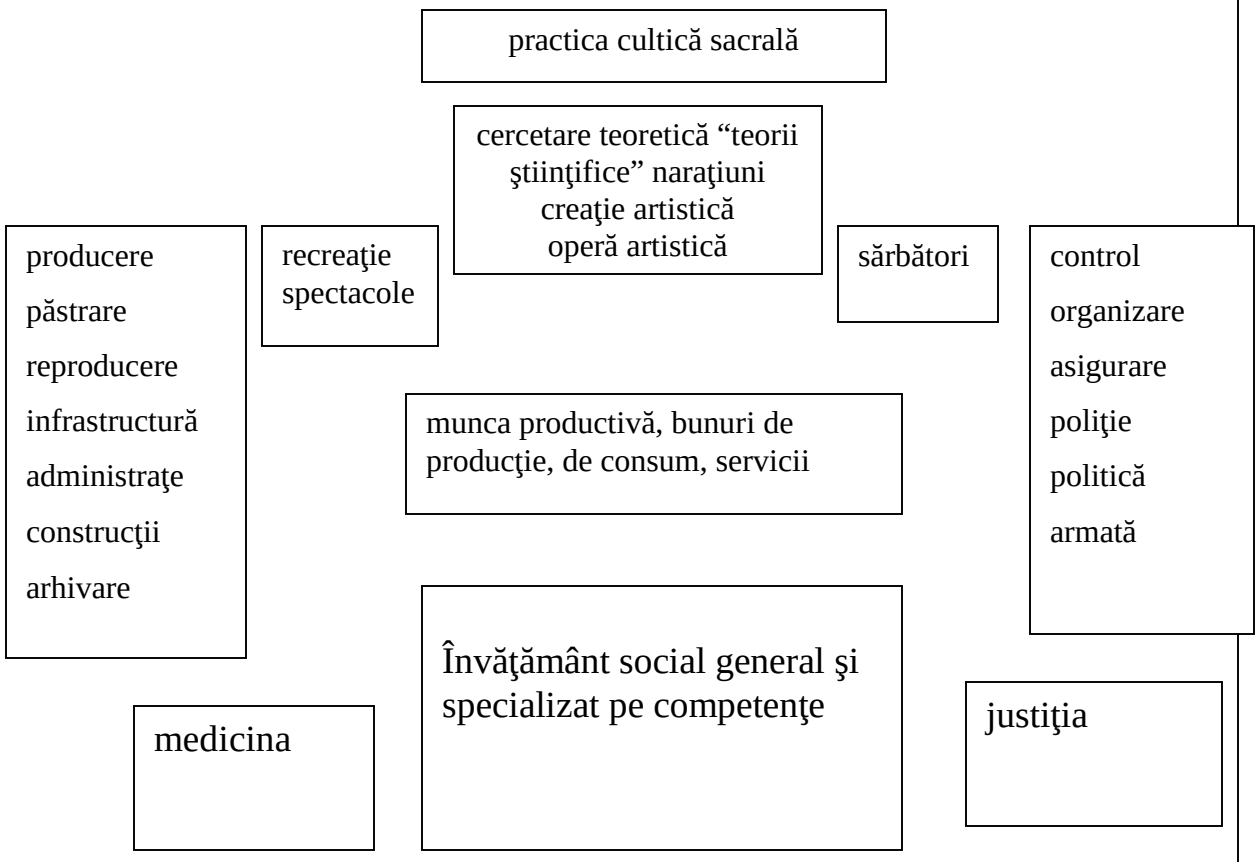
Tulburarea mentală nu poate fi discutată în afara unei lumi umane reale. Lume în care indivizii, persoanele conştiente centrate de corpul, sinele şi persoana lor, se relaţionează în cadrul vieţii de zi cu zi, însuşindu-şi-o. Iar apoi, folosind axiomele simţului comun. Lume în care fiecare om se articulează cu o reţea socială, mai mult sau mai puţin apropiată de intimitatea sa. Şi în interiorul căreia el se pregăteşte, prin educaţie, să participe la rolurile ce i le oferă sistemul instituţional al practicilor sociale. Lume a cărei coeziune e asigurată de atmosfera logosului, de norme, valori şi orizontul transcendenţei.

Tulburarea mentală se manifestă ca o anormalitate deficitară şi disfuncţională, în interiorul acestei lumi.

Chenar 72

Instanţa memetică

Unităţi instituţionale ale practicilor implicate în autoreproducrea memetică


practica cultică sacrală
cercetare teoretică "teorii ştiinţifice" naraţiuni creaţie artistică operă artistică
producere păstrare reproducere infrastructură administraţe construcţii arhivare
recreaţie spectacole
sărbători
control organizare asigurare poliţie politică armată
munca productivă, bunuri de producţie, de consum, servicii
Învăţământ social general şi specializat pe competenţe
medicina
justiţia

unităţile practicilor autoreproductive funcţionând în mediul cultural mediat de logos şi structurat pe norme şi valori

familia umană
autoreproducere biologică
protecţie educativă primară
autosubzistentă
locuinţa

unităţile practicilor autoreproductive ale comunităţilor funcţionează în mijlocul unei lumi fizico biologice, având o proprie structură materială

practicile memetice funcţioneaă doar prin intermediul persoanelor umane vii, intrrelaţionate în comunităţi organizate

Capitolul XII Note şi Bibliografie

1.. Condiţionarea psihozelor printr-o fragilizare a unor structuri funcţionale ce s-a produs în cursul antropogenezei, e o ipoteză care în ultimii ani a resuscitat interesul pentru condiţia specială a psihozelor endogene, insuficient explicabile prin noxe actuale şi chiar developmentale. Ipoteza lui Crow – cea privitoare la creerul social în prezent referinţe clasice:

170. Crow T.J., (1995), "A Darwinian approach to the origins of Psychosis", British J. of Psychiatry, 167, 12-23

171. Crow T.J. (1995), "Psychotic continuum on Disease Entities? The Critical Impact of Nosology on the Problem of Aetiology", in Marneros et al (eds), Psychotic Continuum, Springer, 151-164

172. Crow T.J. (2005), The Continuum of psychoses and its genetic basis, in Marneros et al (eds),

173. Burns J.K. (2007), The Descent of Madnes. Evolutionary Origins of Psychosis and the Social Brain, Routledge, London

174. Brüne M., Ribert H., Schiefenhövel W. (eds), The social brain: evolution and pathology, Ed.John Wiley & sons, Chiechester

175. Brother L. (1997), Friday's footprint: how society shapes the human mind, Oxford University Press.

2. Problema memelor este de mare actualitate dar neelaborata. Hawkins care era biolog nu s-a aventurat în acest domeniu. Iar psihologii şi psihopatologii evoluţionişti au o viziune reducţionistă .Tema memelor va face probabil parte din proiectele antropologilor experţi în studierea culturii, sociologiei , istoriei, evoluţiei ştiinţei, filozofiei, psihologiei şi de ce nu, psihopatologiei. Singurul lucru care s-ar putea aproxima la ora actuală este faptul că un astfel de proiect de studiu are de identificat structuri autoreproductive formate din unităţi bine definite şi articulate, a căror circumscriere e suprapersonală. Persoanele individuale, centrate de sinele şi psihismul lor conştient, participă activ şi creator la menţinerea, reproducerea şi evolutivitatea acestor unităţi şi structuri, într-o modalitate care se cere clarificată. Ele nu sunt însă baza sau punctul de plecare al memelor.

*

* *

Privind istoric şi simplist, am putea trimite începutul memelor spre educaţia din familie, cea instituţionalizată şi morminte. Educaţia copilului uman e calchiată pe cea care se petrece cu puiii mamiferelor superioare, odată ce "evoluţia a optat pentru o naştere tot mai prematură"; tendinţă ce a explodat la om. În ambianţa familială se afirmă modelele comportamentale transmise genetic si amprentate de stimuli ambientali, care se impletesc strâns cu cele învăţate prin imitare. Siguranţa ce o oferă protecţia familială şi cunoaşterea teritoriului marcat, diferenţianză o zona ambiantala propie, în care se manifestă şi reproducţia; şi,in raport cu aceasta, o zona ambientala exterioară. În mediul familial copilul învaţă mersul, vorbirea, exersează prehensiunea şi configurează cogniţia socială.

Educaţia publică ne mută însă în mediul cultural. Ea este se impune mai ales odată cu tehnologia scrisului, când universul teoretic capătă un cadru spaţial aparte , prin suportul pe care se imprimă simbolurile. Dar şi înainte de scris, educaţia publică articulează formarea bazala intrafamiliala a tinerilor cu istoria tribului: cu originea sa, cu lumea strămoşilor, cu miturile originii şi cu instanţa fiinţelor supranaturale.

În acest context, mormintele pot fi considerate un reper memetic de bază. În limba greacă – şi nu numai – expresia de mormânt, monument şi memorie, derivă din aceaşi sursa semantica. Dar nu e vorba doar de memorie, ci de riturile de înmormântare şi comemorare, ce se leagă de legende şi zei. Zeii, instanţa finţelor supranaturale şi a strămoşilor, patronează de la început viaţa "muritorilor" şi le garantează siguranţa şi reproducere. La fel ca şi cuibul şi teritoriul controlat din biologie. Pornind de la această educaţie publică ce reproduce cunoaşterea comunităţii,invocand strămoşii, originile şi zeii ce pot fi invocaţi prin ritualuri, universul memetic se poate desfăşura în continuare prin afirmarea autoreproductivă a structurilor practico-teoretice.

Candidatul cel mai probabil pentru meme ar putea să fie unităţile "practicilor instituţionale", folosindu-se un sens lărgit pentru tradiţionalul concept al practicii. Deci, pe lângă practicile sociale tradiţionale care se referă la acţiunile oamenilor asupra semenilor, realizate după programe normative în cadru instituţional – învăţământ, medicină, justiţie, politică, administraţie, război –, în acest sens lărgit ar intra şi munca, până la un punct în sensul tentat de Marx. Prin muncă se produc bunuri de consum şi mijloace de producţie. Dar ideea de muncă, de activitate productivă ,se poate extinde apoi tuturor practicilor. În acest sens s-ar putea vorbi de o autoreproducţie lărgită a unei societăţi, bazată pe funcţionarea sa după modelul muncii. Apoi, s-ar include în acest sens lărgit, ceea ce Husserl indică – destul de vag – ca "practica teoretică". Oricum, înţelegerea actuală a cercetării ştiinţifice care se realizeazaă în cadru instituţional, a elaborării, testării şi reorganizării teoriilor ştiinţifice, poate să intre în acest înţeles lărgit al practicilor. La acestea s-ar adăuga practica artistică, aspect ce nu e foarte dificil de asimilat acestui concept, dată fiind tradiţia meşteşugărească a multor arte. Practica sacrală s-a realizat întotdeauna în cadru intituţionalizat, reglată fiind de norme ritualice, aşa încât poate fi şi ea articulată sistemului. Alte domeni speculative de creaţie în zona teoreticului, cum ar fi aria matematicii, filozofiei şi în general a speculaţiei reflexive asupra fundamentelor, s-ar plasa în interstiţiile acestui sistem. Iar logosul asertiv critic, ar constitui liantul ansamblului.

Astfel configurată, instanţa memelor culturale mai are de elaborat o serie de probleme, cum ar fi si cea a relaţiei tradiţionale dintre aspectul teoretic şi practic al existenţei umane. Precum şi problematica instanţei învăluitoare, înţeleasă nu doar ca "lume obiectivă" în general; ci şi ca repere transcedentalo transcendente. În sfârşit, problema felului în care se articulează persoanele conştiente individuale în acest sistem.

Psihopatologia, ca experienţă naturală ce se petrece cu psihismul individului uman, sugerează înţelegerea persoanei individuale ca inserată într-un sistem memetic autoreproductiv.

Provocarea memetică poate fi una dură pentru gândirea contemporană, ce s-ar putea vedea obligată să invoce din nou serviciile tradiţionalei filozofii. Neodarwinienii ce invocă genele, abordează liniştiţi selecţia fiinţelor cu autoorganizare şi autoreproducere din ce in ce mai complicate, refuzând să se întrebe privitor la ceea ce tulbura pe oamenii din vechime: există oare vre-un sens în această ierarhie ce se înnalţă de la lumea fizică la

viaţă şi om? Faptul că de la macromoleculele ce se autoreproduc se trece succesiv la organisme unicelulare, apoi multicelulare, sexuate, dotate cu un sistem nervos central ce se complexifică progresiv până la începutul antropogenezei, apare pentru noedarwinieni ca pur şi simplu ca făcând parte dintr-o logică neproblematizantă a evoluţiei, dinamizată de mecanismul selecţiei şi de întâmplare. Această nonşalanţă va dispărea însă cu certitudine atunci când se va aborda sistematic autoorganizarea şi autoreproducţia lărgită a umanităţii culturale, bazată pe meme şi ducând la ceea ce constată cu toţii a fi ”mersul istoriei”. Chiar dacă Darwin s-a împărtăşit împreună cu Marx din aceeaşi paradigmă a evoluţionismului optimist a sec.XIX girată de Hegel, de la impasul Spiritului Absolut a acestuia din urmă, o serie de grave probleme au rămas în suspensie.

Un filozof german din sec XX, Riedl, deplângea faptul că după abordarea teleologiei în cea de a treia Critică, Kant nu a elaborat şi o a patra, Critica Devenirii Istorice. Problema memelor s-ar putea vedea plasată de la început într-o complicată reţea problematică, pe care o astfel de Critică ar fi cuprins-o eventual. Persoanele conştiente participă la viaţa socială prin intermediul diverselor instituţii ce vertebrează o socio cultură dată; structuri instituţionale ce persistă şi se autoreproduc lărgit. Normativitatea valorică ce garantează funcţionarea acestui univers instituţional, susţine şi schemele comportamentale ale cutumelor, formelor de relaţionare interpersonale şi de comportament individual, ce se mainifestă în această atmosferă culturală. Acest schematism formal al culturii, se articulează cu modelele psiho-modulare ce vin din moştenirea biologică. Sau care s-au organizat în cursul antropogenezei şi istoriei, fiind transmise genetic şi exprimate fenotipic în creierul individului. Ca modele de comportament şi ca disponibilităţi. Joncţiunea dintre moştenirea modular cerebrală şi cea schematic formală, pe care o vehiculează educatorii ce transmit individului modele culturale, conduce probabil la structura fenomenală a psihismului uman conştient, centrat de sine.”Structură fenomenală” ce se cere etichetată astfel, deoarece ea se desfaşoară sau există de fapt doar în cadrul fenomenalităţii existenţei unor socio culture umane efective. Şi desigur, în articulaţia intersubiectivă dintre persoanele conştiente ale respectivelor socio culturi. Fiind în acelaşi timp caracterizată prin ceea ce tradiţional s-a numit “libertate”. Şi articulându-se tot timpul cu faţeta teoretică a umanului, învăluită de un cerc transcedentalo transcendent.

Prin intermediul instanţei practico teoretice a culturii – deci animând memele şi încadrându-se în funcţionalitatea lor - omul participă la devenirea istorică. Dar această participare nu înseamnă nici că el crează lumea şi nici că el e autorul devenirii. Revenind la comentariul lui Riedl, dacă Kant şi-ar fi bătut capul cu o “Critică a Devenirii Istorice”, probabil că în zilele noastre ne-am fi străduit să articulăm cu aceasta Critica tot ce ştim sau ne putem închipui despre devenire, nu doar în domeniul Biosului şi a Antroposului ci şi a Fisisului. De la Bing Bang până la toate modelele de evoluţie ciclică sau articulate prin”viermi’ a cosmosurilor paralele. Iar de vreme ce s-a ajuns deja la trei domenii în care devenirea funcţionează, neliniştea omenească s-ar avânta probabil înspre dezlănţuirea infinităţii lumiilor posibile, urmărind ideile lui Leibnitz şi Origene.

Până se va ajunge însă la scenariul de mai sus, psihopatologia poate doar să privească cu modestie la această problematică a memelor ce se anunţă la orizont. Şi care deschide pentru ea orizontul de cercetare a articulaţiei dintre dimensiunea modulară şi cea formală în structura psihismului uman individual, normal şi anormal.

Capitolul XIII

Ce este tulburarea mentală?

- Deci, ce e tulburarea mentală?

- Tulburarea mentală este în primul rând o realitate nemijlocită ce se întâlneşte în viaţa de zi cu zi a oamenilor din vremuri imemoriabile şi constă dintr-un deficit disfuncţional la nivelul psihismului persoanei uman.

Ea este însă şi o realitate "oficială" de care se ocupă instituţiile practico teoretice ale societăţii. Şi în primul rând medicina psihiatrică, ce diagnostichează şi tratează oameni care au – şi sunt – marcaţi de o tulburare agorafobică, obsesiv compulsivă, conversiv somatică, maniacală, depresiv melancolică, delirant paranoidă, schizofrenă, dementială, autistă ş.a.m.d. Această instanţă oficială elaborează doctrine şi teorii explicative ce se bazează pe cunoştinţele ştiinţifice ale vremii. Ea defineşte şi descrie analitic aceste tulburări maladive, organizează depistarea, tratarea prevenirea lor.

- Dar ca realitate nemijlocită? Sau ca realitate globală, ţinând seama de ambele perspective, ce au fost menţionate, ce este tulburarea mentală?

- În ansamblu se poate spune că tulburarea mentală este un mod de a fi al existenţei oamenilor, plasat la limită, în direcţia minusului antropologic, simetric în raport cu plusul zonei de talent şi creativitate. Indiferent de cauzele sale, care implică întotdeauna şi funcţia cerebrală, ea poate fi considerată un fel de "experiment natural" care, neasimilând, îndepărtând şi/sau dezorganizând unele structuri sintetice superioare, integrative, reduce funcţionarea psihică a individului. Şi mai ales integrarea sa socială şi creativitatea. Motiv pentru care el are nevoie de ajutor.

Deficitul şi disfuncţia psihică poate viza diverse instanţe şi structuri, începând cu cele care se dezvoltă la om în continuitatea funcţiilor psihobiologice, aşa cum e vigilitatea conştientă, anxietatea şi frica, combativitatea luptei şi retragerea sumisivă, dominarea şi cooperarea. Nedezvoltarea şi deteriorarea pot afecta funcţiile umane ale cunoaşterii inteligente ce se manifesta prin limbaj, ale sociabilităţii si relationarii interpersonale precum si ale acţiunii cu scop pragmatic. Poate fi perturbată perceperea şi repezentarea realitatii, convingerile, înţelegerea de sine, ataşamentul faţă de lume şi de alţii. Într-o importantă zonă a psihopatologiei, manifestările ce apar în prim planul stărilor psihopatologice exprimă desimplicarea unor structuri funcţionale de tip modular-formal şi/sau o dezorganizare în planul identităţii şi coerenţei biografice. Modelul standard ar putea fi prezentat astfel :

În condiţiile unui deficit de autocontrol psihic, se produce o desimplicare a unor structuri funcţionale –de tip modular/formal – din manifestarea lor integrată,ele ajungând să se manifeste rigid, excesiv, simplificat, formal; respectiva trăire (anxioasă, depresivă, obsesivă, impulsivă, prevalentă etc.) se autonomizează, monopolizând trăirile persoanei şi decontextualizând-o. Comportamentul devine neobişnuit, neintegrat.

Deficitul psihopatologic poate viza şi structura axială a sinelui identităţii biografice, în ceea ce priveşte sinteza, coerenţa centrală, delimitarea, autonomia, asertarea, convingerile subiective, în raport cu lumea dată.

Ca rezultat al acestora se manifestă ceea ce în psihiatria actuală se numeşte “sindrom clinic semnificativ”. Acesta se însoţeşte de o deficienţă în funcţionarea socială, conduce la suferinţe şi riscuri crescute. La această

situaţie uneori societatea reacţionează negativ, prin rejecţie, alienare, stigmatizare. Dar şi pozitiv, prin protecţie şi tratament.

Persoana reacţionează şi ea tot timpul faţă de starea sa anormală de deficit şi faţă de reacţiile ambientale.

- Exprimă tulburările mentale în vreun fel o legătură cu locurile în care trăiesc oamenii?

- Într-un fel, da. Tulburarea obsesiv compulsivă de exemplu prezintă multe manifestări ce sunt corelate cu zona asezata a locuirii; ordinea şi curăţenia din casă, cu faptul ca toate lucrurile să fie la locul lor şi într-o funcţionare controlată, tendinţa de a colecţiona. Locuinţa poate fi interpretată ca o “piele lărgită” ce poate cuprinde şi familia; iar unele obsesii se referă la sentimentul contaminării trupului prin microbi şi murdărie, tegumentele ne mai fiind protectoare. Pe de altă parte unele fobii ca agorafobia se manifestă doar în afara casei, în zone publice aglomerate.Iar anxietatea se amplifica pe masura ce subiectul se indeparteaza de zonele protejate,de cele in care se simte in siguranta.

- Dar vreo legătură cu timpul trăit de oameni?

- Stările maniacale pot fi interpretate ca o exagerare aberantă a veseliei sufleteşti. Iar sărbătorile au loc în anumite momente ale vieţii, după un succes, sau cu ocazia unui eveniment ca nunta, botezul sau la aniversări. La fel, sărbătorile publice au loc la anumite date ale anului. Şi la fel cele religioase. Unele din acestea sunt precedate de o perioadă de post şi sobrietate, care seamănă până la un punct cu stările depresive. Depresia se poate manifesta şi la capatul unui ciclu de viata, cu ocazia unui bilanţ nefavorabil, a unui eşec. Modelul ei cel mai pregnant e însă pierderea unei fiinţe iubite. Dar şi o astfel de pierdere face parte într-un fel din cursul sau ciclurile temporale ale vieţii. Iar instituirea unei relaţii afective profunde e

rezultatul unui proces desfăşurat în timp. Stările maniaco-depresive, în condiţia lor de tulburări mentale, au o tendinţă la ciclicitate. La fel cum în biologie alternează hibernarea de iarnă cu perioda de rut.

- Felul în care se raportează oamenii unii la alţii se reflectă şi el în tulburările mentale?

- Tulburarea mentală oglindeşte în minus cursul firesc al vieţii omeneşti. Aşa încât dragostea şi gelozia pot fi uneori tema unor preocupări anormale, chiar a unor convingeri delirante. Cel mai frecvent se întâlneşte însă tema suspiciunii şi părerea că alţii intenţionează să facă un rău individului. Această idee constituie tematica delirului paranoid.

- Dar cine sunt cei bănuiţi de astfel de intenţii rele?

- Practic oricine poate intra în această orbită, de la persoanele cele mai familiare până la vecini şi colegii de serviciu sau instituţia poliţiei secrete, mafia internaţională sau extratereştri.

- Deci chiar şi persoanele apropiate, cele care trăiesc toată ziua în intimitatea subiectului?

- Da, şi acestea. Iar un aspect special al delirului paranoid poate fi chiar violarea intimităţii. În unele cazuri, subiectul poate avea sentimentul că e pus sub o supraveghere specială, că toţi îl privesc cu insistenţă şi discută despre el, că îl urmăresc pe stradă. Într-o fază mai avansată are impresia că e supravegheat de la distanţă, că i se ascultă convorbirile telefonice şi e înregistrat cu camere de luat vederi. Pentru ca, în final să fie convins că i se impun şi i se citesc gândurile, că e dirijat din exterior în tot ceea ce face, din exterior.Aceste tulburari ne indica faptul ca psihismul omenesc e structurat dupa o diagrama intim public.

- Supravegherea şi persecuţia poate fi resimţită ca venind şi din partea unei instituţii sau entităţi abstracte?

- Da. Omul e o fiinţă ce se dimensionează prin limbaj; iar limbajul trimite spre abstracţia noţiunilor. Aşa încât o persoana cu tulburare mentală poate să se simtă victima organizaţiilor internaţionale sau a unor fiinţe supranaturale. Uneori el îşi imaginează scenarii fantastice şi se resimte eroul unor evenimente dispărute. Eroii de mit, legendă şi ficţiune fac parte şi ei din viaţa fiecăruia dintre noi.

- Părerea despre sine a oamenilor cu tulburări mentale este probabil şi ea deosebită şi nefirească.

- Bineînţeles, aşa se întâmplă în multe cazuri. Depresivul se simte,fara nici-un motiv real, un om de nimic şi deseori culpabil de vini imaginare. Maniacalul e megaloman, încrezător în sine simţindu-se capabil de orice. Anxiosul se simte excesiv de vulnerabil. Unii deliranţi ajung să fie convinşi că părinţii lor nu sunt cei adevăraţi; şi ei au o altă identitate.

- Cu astfel de idei, oamenii cu tulburări mentale ajung probabil să se relaţioneze dificil cu ceilalţi.

- Aceasta este regula. Dar există forme de manifestare variate. Una dintre acestea e şi o indiferenţă totală sau o închidere în sine misterioasă. Subiectul e indiferent faţă de alţii, rece afectiv, nu-l atrage nimic din lume, nu rezonează la evenimente. El se poate rupe de lume,traind “ca după un clopot de sticlă”, doar cu gândurile sale proprii, plutind în abstracţii.

- În abstracţii?

- Da. În unele forme ale tulburării mentale , de exemplu în schizofrenie, individul e fascinat de abstracţii, preocupat de întrebări filozofice sterile.

- Deci, un fel de vid interior şi de plutire printre abstracţii scheletice.

- Cum aşa ceva?

- Persoanele cu tulburări mentale crează mari probleme convieţuirii sociale?

- Unele probleme sociale apar datorită lor, dar nu foarte importante. Criminalitatea crescută în unele societăţi nu se datorează persoanelor cu tulburări mentale ci unor indivizi marginali. Depresivii, obsesivii, chiar deliranţii şi schizofrenii, nu se află în topul infractorilor şi criminalilor. Discuţii pot fi purtate în jurul conceptului de tulburare de personalitate. Şi la fel dependenţa de droguri şi alcoolismul, sunt problematice pentru societate; dar şi aceastea se află în marginea tulburării mentale. Impulsivitatea se poate şi ea manifesta uneori hetero şi autoagresiv. Dar alteori pulsiunile sunt controlate, manifestându-se ca şi obsesii care chinuie subiectul. Interferenţa cu problematica socială,desi nu e majora, subliniază totusi faptul că tulburarea mentală nu poate fi luată în considerare doar din perspectiva strictă a bolilor, tratate tradiţional de medicină.

- Atunci, nu e tulburarea mentală o boală?

- Problema nu poate fi pusă aşa de abrupt. În cele din urmă şi multe stări maladive corporale exprimă reacţia organismului nerezistent la anumite noxe sau devieri ale cursului firesc a ciclurilor vieţii biologice. Tulburarea mentală ar fi cel mai bine circumscrisă ca făcând parte din variaţia de anormalitate deficitară a psihismului uman, mai expusă condiţiilor de tip maladiv.

- Trebuie înţeles atunci că tulburarea mentală exclude creativitatea umană?

- Niciodată întrebările formulate prea simplu şi tranşant nu duc la înţelegerea adecvată a lucrurilor. Zona de sinteză psihică, talent şi creativitate a omului se întinde în multe direcţii şi se exprimă la diverse nivele. De la aspectele banale ale vieţii de zi cu zi, la domenii precum creaţia

matematică sau viaţa socio politică. E posibil ca un om să aibe probleme şi deficienţe în anumite sectoare ale vieţii sale psihice dar să fie creativ în altele. De aceea e important să se clarifice, sistematic tot mai nuanţat, structura psihismului uman, centrată de sinele conştient. Stările psihopatologice sunt uneori condiţii care atrag atenţia în această direcţie, solicitând modele interpretative adecvate. În acest sens s-a vorbit despre tulburarea mentală ca despre un "experiment antropologic natural".

- Ceea ce înseamnă că problema tulburării mentale poate interesa antropologia în general.

- Desigur.Dar prin aceasta nu dispare din campul medicinei.

*

* *

Fişe pe tema tulburării mentale

- Intervenţia lui Bolton şi dezbaterile din jurul DSM-III; aspectul biomedical "ştiinţific" al tulburării mentale

În ultima jumătate de veac a apărut o singură carte cu titlul "Ce este tulburarea mentală" publicată la Editura Oxford University Press, în 2008. Aceasta e scrisă de Derek Bolton, psihiatru britanic cu serioase studii filozofice, care a mai publicat în 1996, împreună cu Jonathan Hill o lucrare privitoare la explicarea cauzală în psihologie şi psihiatrie "Mind, Meaning and Mental Disorder". Carte care se înscrie în tradiţia anglo-saxonă a lui Locke şi Hume, pe care o dezvoltă în spiritul cognitivismului, filozofiei minţii şi evoluţionismului actual. Opţiunea autorilor este pentru viziunea "proiectului" ("design") reglat de norme, în spiritual gândirii modulare a lui Chomsky şi Fodor şi a jocurilor lingvistice ale ultimului Witttgenstein. Doctrina evoluţionistă şi cea developmentală sunt integrate într-o viziune care acceptă modelarea semantică a lumii, prezentă în creierul persoanei şi având un potenţial cauzal.Tradiţia relaţiilor comprehensibile ale lui Jaspers nu e ignorată, ci dimpotrivă, dezvoltată.

Deşi lucrările din ultimii ani ale lui Bolton nu au avut un răsunet major – poate şi datorită marginalizării temei intersubiectivităţii ce s-a relansat puternid în această perioadă – ele constituie un bun ghid pentru tema în discuţie.

În “Ce e e tulburarea mentală” Bolton se plasează pe poziţiile medicale susţinute de DSM-III-IV şi reproduce aproximarea pe care acest Manual o face tulburării mentale pentru a fi cât mai serios acceptată de “medicina ştiinţifică”. Dar prezintă şi critica ce o aduce Sandler acestei abordări, din perspectiva celor ce privesc prin prisma valorilor. Şi anume că definiţia şi lista tulburărilor din DSM-IV-TR exprimă punctul de vedere al unei anumite societăţi istorice, recte a celei din SUA, la sfârşitul sec.XX. Iar valorile pe care lacest sistem le promovează tacit, sunt de fapt evidente pentru oricine priveşte lucid. Ele constau din : individualism, pragmatism, hiponarativitate, naturalism, tradiţionalism. Bolton nu comentează această analiză.. Iar analiza istorică ce o face apariţiei doctrinei promovate de DSM-III, se rezumă la situaţia din SUA de după 1960. Tradiţia europeană, mai ales germană a psihopatologiei, este amintită în treacăt. Iar naşterea psihopatologiei descriptive în sec.XIX este trecută cu vederea. Analiza lui Foucault privitoare la organizarea structurilor de ordine ca fundament al culturii modernităţii Europei, este amintită doar în legătură cu mişcarea antipsihiatrică. Iar problematica nebuniei în perioada Renaşterii sau în cea greco romană e pur şi simplu ignorată. La fel ca şi psihopatologia transculturală.

Aceste premize ale abordării lui Bolton se completează prin încadrarea lucrării sale în tradiţia dezbaterilor ce au condus la apariţia DSM-III. Felul în care au fost puse atunci problemele au continuat şi în deceniile următoare şi sunt active şi în prezent. Poziţionarea lui Bolton, care în esenţă e evoluţionist cognitivistă, se detaşează pe acest fundal, care se cere cu această ocazie reconturat.

*

* *

Problema ce a preocupat generaţia din jurul anilor 80 a fost disputată din anii 60,70, privitor la “realitatea” bolii psihice, serios afectată de către doctrina constructivismului social. Formularea ce a devenit clasică şi a fost după aceea mulţi ani invocată, este cea din 1986 a lui Kendell:

“Tema cea mai fundamentală şi constrângătoare este dacă boala (“disease” “illness”) psihică este un concept normativ bazat pe judecăti de valoare sau dacă e un termen ştiinţific, liber de valori; cu alte cuvinte dacă e un termen biomedical sau unul socio-politic”.

Această formulare a lui Kendell apare după ce DSM-III, publicat în 1980, optase deja pentru abordarea “ştiinţific biomedicală”, ca răspuns la varianta “socio-politică” împotriva căreia îşi imaginase că luptă antipsihiatria anilor 60. De fapt, formularea lui Kendell simplifică mult problema şi foloseşte termenii ca de la sine înţeleşi, fără o definire a lor. Şi fără o trimitere la constituirea istorică a ceea ce e în prezent considerat “ştiinţific” şi “socio-politic”.

Problema socio-politică pe care au avut-o în faţă constructorii DSM-III în perioada antipsihiatriei anilor 60,70, nu s-a mai menţinut însă în prim plan în anii 90. A rămas multă vreme actuală grija ca psihiatria să nu fie utilizată în scopuri politice. Adică, pentru a nu se eticheta drept “bolnavi mentali” – şi ca o consecinţă să fie internaţi şi trataţi cu electroşocuri şi neuroleptice – persoane care se declară adversari ai unui regim politic, chiar dacă felul în care o fac pare a fi uneori rigid şi extravagant. Democratizarea societăţii pune accent pe dreptul la diversitate, în manifestări, preferinţe, opţiuni ideologice, în măsura în care comportamentul nu devine în mod aberant şi neraţional nociv pentru comunitate. S-a lămurit pe parcurs – fapt pe care Bolton îl menţionează – ca o parte din ceea ce a fost etichetat ca abuzuri psihiatrice politice în fostul URSS, a fost expresia sistemului juridic nedemocratic din această ţară; şi nu poate fi total imputabil specialiştilor.

*

* *

În schimb, şi-a făcut loc treptat o problemă pe care ideologia DSM-III a încercat să o escamonteze temporar. E vorba de tradiţionala şi cvasiperena temă a deficitului, a minusului antropologic în care se plasează zona de anormalitate a tulburărilor mentale. În DSM-III-IV nu se vorbeşte despre deficit psihic, ci despre disfuncţie, fapt preluat şi în formula HD a lui Wakefield. Deşi perturbarea sau deficitul (impairment) de încadrare socială, de funcţionare în roluri, de integrare, trimite tot la o zonă de minus. Autorii manualului au fost atenţi să evite stigma şi discriminarea, motiv pentru care nu au adoptat

viziunea lui Jackson a disoluţiei funcţiilor superioare şi noi filogenetic, pe care în aceeaşi perioadă o promova în Franţa H.Ey.

Conform acesteia, simptomatologia psihopatologică ar rezulta din absenţa funcţiilor integratoare şi din "eliberarea" unor funcţii şi manifestări care erau controlate şi mascate de primele; la acestea s-ar adăuga simptomatologia ce rezulta din efortul psihismului de a se readapta la noua condiţie. Jackson a formulat acest model în sec.XIX iniţial prin neurologie. Ey a încercat să-l aplice psihiatriei, studiind şi comentând doctrinele unor psihopatologi din sec.XX ca Janet, Bleuler, de Clerambauld. Construcţia teoretică a lui Ey pune accentul pe individ, pe "organismul psihic", fiind îndreptată împotriva antipsihiatriei şi constructivismului social. Acest individ era însă privit ca izolat, nu ca integrat în "funcţionarea socială", prin exercitarea de statute şi roluri. Ea nu s-a putut însă articula cu noile orientări doctrinare.

*

* *

Formula lui Kendell conţine şi o alternativă faţă de varianta "socio politică" a constructivismului social, eventualitatea că boala "este un termen ştiinţific, liber de valori, biomedical". Proiectul DSM-III-IV TR a încercat să susţină această viziune, într-una din interpretările ei posibile. Mai precis cea privitoare la pentru implicarea funcţionării creierului. Se poate desigur argumenta că orice fenomen psihic normal şi patologic are şi o articulare cu funcţionare cerebrală, o bază în aceasta. Fapt care şi justifică recentul proiect de cercetare NIMH corelativ DSM- V. Dar, "articularea" nu înseamnă epuizarea fenomenului.Şi nici chiar posibilitatea sa de conturare, de identificarea sa. Ca să cercetezi ceva, e necesar să ştii cât mai precis ce vrei să cercetezi, să circumscrii cât mai exact fenomenul în cauză. Iar în psihopatologie, majoritatea acestor fenomene ne sunt accesibile ca expresie a unor trăiri subiective, raportate în actualitate în cadrul unui dialog intersubiectiv şi probabil obiectiv standardizat. E nevoie ca acestea să fie incluse în modele. Compotamentul motor, inclusiv structura vorbirii, a exprimării, pot fi indicatori utili. Dar pentru a studia sentimentul senzitiv relaţional corelat ruşinii, e nevoie de un model al raportărilor interpersonale intersubiective. Şi pentru a cerceta delirul, e necesar un model al psihismului, care să configureze persoana ce poate avea convingeri în teme şi teze.

Marele interes din ultimii ani în studierea autismului Kanner se datorează şi faptului că această condiţie, în care psihismul se manifestă simplificat, permite studierea cvasiexperimentală a unor deficite psihice precise: acela de a interpreta mintea altora prin capacitatea ToM; deficitul de a integra coerent figura maternă prin insuficienţa funcţiei coerenţei centrale; şi faptul de a nu-şi putea planifica bine acţiunile şi vorbirea prin deficitul funcţiilor executive. Pornind pr urmele acestor modele ocazionate de studierea autismului infantil se deschide perspectiva de a se construi modele comprehensibile tot mai complexe pentru trăiri ca cele de transparenţă, influenţă, referinţă, centralitate. Ori, într-un astfel de program, contribuţia fenomenologilor, care abordează cu un complex aparataj conceptual trăirile subiective ale celor cu tulburări mentale, se impune ca deosebit de importantă.

Există însă şi o altă mare problemă ce apare atunci când e invocat modelul biomedical. Faptul că el centrează interesul asupra unui organism individual izolat. Ori, chiar în biologie, organismul, ca parte a unei populaţii se înscrie într-un flux şi un context cu care e strâns interconetat. Individul e de la început integrat în fluxul genetic, el provenind din genele părinţilor şi generând urmaşi. Formarea sa ca individ – e vorba acum de mamifere şi om – se realizează într-un context bio psihologic în care părinţii şi familia îl impregnează educativ şi-l protejează o bună perioadă de timp, învăluind prin comportamentele de grup manifestările individuale. Făcând parte din clasa K de transmitere şi multiplicare genetică caracteristică mamiferelor cu naşteri puţine, omul beneficiază de un puternic investisment parental. Fapt ce conduce la dublarea modúlelor comportamentale înnăscute – şi care sunt supuse variaţiilor transmiterii genetice – cu modúle comportamentale învăţate, bazale şi fundamentale. Şi la fel, cu comportamentele de tip modular relaţionale, care se definesc în, cadrul parteneriatului intersubiectiv. În ultimii ani, în perioada elaborării DSM-V, au existat tentative insistente de a se propune acceptarea unor tulburări psihice relaţionale. Aşa ar fi unele manifestări în cuplul părinţi copii sau în cuplul marital, mai ales la persoane cu tulburări de comportament.

Lăsând la o parte tulburările de cuplu, psihologia developmentală a ultimilor decenii a scos la iveală cu prisosinţă rolul sistemului familial în formarea benefică şi distorsionată a psihismului individual. E vorba nu doar de învăţări şi identificări, care

uneori se transmit transgeneraţional. Ci şi de compensări, exprimări relaţionale deviante şi fenomene de rezilienţă.

Oricât se cantonează psihopatologia asupra individului şi creierului său, acesta nu poate oferi decât un nivel de disponibilitate şi vulnerabilitate. Care şi el variază cu circumstanţele, vârsta şi perioadele critice ale ontogenezei. Multe din comentariile lui Wakefield privitoare la conceptul de HD, pe care Bolton le asimilează, sunt luate din această arie a relaţionărilor. Astfel într-un articol din 2010 el menţionează : anxietatea de separare, tulburările de comportament, ale pubertăţii în familiile cu probleme, abuzul de substanţe la adolescent, tulburările de scris, cele de adaptare etc.

Luarea în considerare a mediului familial are, faţă de individul separat redus la creierul său, avantajul că permite atât înţelegerea dinamicii proceslor psihologice şi psihopatologice, cât şi condiţionarea lor "nonliniară", "atmosferică". În sistemul său familial, subiectul poate găsi şi suport şi adversităţi, uneori în aceeaşi persoană, concomitent sau succesiv. Apoi, el se poate baza pe alianţe. Ambianţa familială poate fi sursă de satisfacţii, de afirmare a competenţelor, de exersare a lor. Acţiunile exercitându-se concomitent din mai multe direcţii, determinismul nu e totdeauna precis direcţionat, putând avea o caracteristică "atmosferică". Pot interveni alianţele şi negocierile pe care le comentează teoria jocurilor.

Complexitatea şi multifactorialitatea acestor interrelaţii nu trebuie să descurajeze preocuparea de a se construi modele interpretative, în principiu statistice, după modelul sociobiologiei lui Wilson. Mediul familial e dublat apoide cel şcolar, de mediul străzii şi al prietenilor, de familia lărgită, de mediul general socio cultural accesibil prin mass media, de spaţiul virtual al calculatorului etc. Desigur, toate aceste articulaţii, medii şi condiţionări se conetează cu creierul individului. Ele sunt prezente acolo, prin percepţia şi memoria sa, prin procesele sale de judecare, de inferenţă raţională, de imaginare. Iar un astfel de inventar al articulării individului cu contextul său uman, bazal şi autoreproductiv, cu mediul şi situaţiile în care el e angajat faptic, fenomenologic, mai are de ţinut cont şi de intensitatea legăturilor sale interpersonale din cadrul reţelei sale sociale proxime.

Laboratoarele care cercetează creierele celor care posedă o stare anxioasă, depresivă, obsesivă sau paranoidă, trebuie să facă şi inventarul celorlalte persoane de care

el e intim ataşat; şi care, cu acest statut sunt prezente în psihismul său, susţinut desigur de creierul său. Şi nu doar în memorie, ca o posibilă reprezentare exactă. Ci cu intensitatea ataşamentului, dragostei şi urii ce şi-o poartă reciproc. Sau a indiferenţei.

Chenar 73

Proiectul de cercetare NIMH corelativ cu DSM-V

După First, M.B., The National Institute of Mental Health Research Domain Critreria (RDC) project: moving towards a neuroscience – based diagnostic classification in psychiatry (2012),
In: K.S.Kendler.

	Unităţi de analiză						
Domenii/Constructe	**Gene**	**Molecule**	**Celule**	**Circuite**	**Fiziologie**	**Comportament**	**Auto-raportare**
Sisteme cu valenţe negative							
Frică/Dispariţie							
Stres/Distres							
Agresivitate							
Sisteme cu valenţe pozitive							
Căutarea recompensei							
Recompensă/ Învăţarea obiceiurilor							
Sisteme cognitive							
Atenţie							
Percepţie							
Memorie de lucru							
Memorie declarativă							
Comportament verbal							
Control cognitiv							
Sisteme pentru procese sociale							
Imitare, teoria minţii							
Influenţa socială							
Identificarea expresiilor faciale							
Ataşament/ Frică de separaţie							
Arii de reprezentare a sinelui							
Sisteme stimulatorii/reglatorii							
Stimulare şi reglare							
Resting state activity							

Modelul biomedical, studiind corpul şi creierul unui individ decontextualizat, care nu “este” într-o stare de tulburare mentală, ci”are” o astfel de stare, a adus şi poate aduce în continuare contribuţii însemnate la studierea acestor tulburări. Dar el trebuie să se reconecteze apoi, cu individul care “e capabil” de tulburări psihice, capabil să fie tulburat. Şi prin această situaţie, să le aibă, tulburări de intensităţi diverse, exprimând variate grade şi forme de deficit şi reorganizare. Psihopatologia evoluţionistă pentru care pledează Wakefield şi Bolton, deschide calea în această direcţie. Pe acest drum merită deci mers în prezent. Nu însă înainte de a menţiona o problemă de asemenea clasică: cea a normalităţii şi anormalităţii mediei statistice.

- Media statistică

Ideea că normalitatea se distribuie statistic pe o curbă de tip Gauss, este un vechi subiect ce s-a aplicat în biologie şi psihologie. Însăşi ideea de normă sugerează mijlocul unei astfel de curbe. Există însă şi importante dificultăţi metodologice în aplicarea acesteia la normalitatea psihică. O încercare recentă, pe care Bolton o invocă, e cea a lui Boorse (1975). Autorul distinge între maladie (în engleză “disease”) şi boală (“illness”). Prima s-ar referi la o perturbare obiectivă a funcţionării normale a speciei, detectabilă ştiinţific ca îndepărtându-se de media statistică. Boala – illness – ar fi o subclasă a mediei, care ajunge să fie suficient de incapacitantă încât să inducă stări resimţite ca dăunătoare (“harmful”). Astfel încât, să se facă apel la ajutor medical, implicându-se aspecte socio-valorice. Tulburarea naturală ce stă la baza maladiei e detectabilă prin devierea statistică de la normă, fapt ce ar fi valabil şi pentru bolile mentale.

Privitor la tema devierii de la normă, problema esenţială, mai ales în cazul psihopatologiei, este alegerea grupului de referinţă, care se cere determinat ca vârstă, sex, mediu cultural, perioadă istorică. În principiu, referinţa esenţială ar fi la “specia umană în general”. Ceea ce şi are în vedere psihopatologia evoluţionistă, dar fără pretenţii statistice. Şi mai ales, fără pretenţii în ceea ce priveşte mediul socio-cultural. Acesta pune în schimb în joc norma ideală, care e promovată în fiecare cultură pe diverse căi: prin normele de convieţuire şi legislaţie, prin eroii legendelor şi literaturii; iar mai nou cei promovaţi de mass media. E clar însă că nu e vorba la acest nivel de biostatistică. Dimpotrivă, se evidenţiază acum tocmai specificul cultural. Care poate face să apară

uneori o profesie pentru hipomaniacalul bufon al regelui, altădată una pentru personalitatea agresivă ce poate omorâ cu sânge rece; şi care e căutată şi selectată pentru trupele de comando.

Problema mediei statistice, chiar dacă nu se poate aplica riguros la definirea tulburării mentale, nu se cere însă ignorată cu uşurinţă. Una din ideile de bază a evoluţionismului este că genele susţin transmiterea unei variabilităţi populaţionale. Chiar dacă patologia psihică se realizează prin indivizi, aceştia fac parte din populaţii în care o serie de caracteristici se exprimă statistic, cu variate intensităţi şi în divere moduri. Chiar predispoziţiie, defectele sau caracteristicile maladive, rareori apar abrupt la un individ, fără ca rudele apropiate să fie într-un fel afectate. Acest fapt e clar evidenţiat şi intens studiat în prezent în cadrul concepţiei spectrelor maladive. Membrii populaţiei care nu fac tulburarea o manifestă discret sau ca o vulnerabilitate, putând transmite în continuare genele. În plus, o parte din ei se afirmă cu performanţe pozitive deosebite. Această viziune a variaţiei populaţionale, ce se bazează pe transmisia genetică şi e susţinută de neodarwinism, se cere reformulată în cazul psihopatologiei şi completată printr-o înţelegere care să fac loc şi transmiterii "memetice".

- Evoluţionismul lui Wackefield

Concepţia HD a lui Wackefield, pe care o comentează şi o asimilează până la un punct Bolton, susţine că stările psihopatologice au la bază o perturbare, o nefuncţionare corespunzătoare la individ a unor "mecanisme funcţionale" (psihologice) care s-au sedimentat în urma selecţiei naturale ca fiind adaptative. După autor, acestea se referă la funcţii precum emoţia, gândirea, atenţia, memoria, comportamentul, etc., ele reprezentând un aspect obiectiv, măsurabil, ştiinţific. Disfuncţia are drept consecinţă o manifestare neadaptativă, "dăunătoare" social, care e parţial influenţată de caracteristicile şi pretenţiile culturii. O disfuncţie care nu e identificată social ca nocivă nu ar constitui o tulburare. Deci, dacă există un deficit mental sau de abilitate instructivă la un individ într-o societate care nu solicită o şcolarizare performantă, sau un deficit de relaţionare într-una care nu pretinde o sociabilitate crescută, am fi în afara problematicii tulburării mentale.Subliniind caracterul adaptativ al mecanismelor funcţionale, modelul lui Wackefield face să crească validitatea diagnosticelor şi reintroduce, împotriva opţiunii DSM-III-IV, problema contextului. Majoritatea exemplelor pe care le comentează autorul

ca posibile diagnostice fals pozitive, pot fi interpretate ca reacţii anormale, a căror limite sunt greu de stabilit. Dar doctrina H.D. nu sprijină suficient "concordanţa diagnostică" ("reliability")dintre specialişti. Şi nu e la fel de utilă ca sistemul listelor de simptome în studii epidemiologice sau pentru depistarea stărilor prodromale. Concepţia H.D. s-a menţinut mult timp în centrul preocuparilor celor care au meditat asupra tulburării mentale şi deoarece e simplă, elegantă, reuneşte perspectiva biologică cu cea valoric culturală şi invocă evoluţionismul. Dar, aşa cum subliniază Bolton, ea e prea abstractă, marcată de generalităţi. Şi, s-ar putea adăuga faptul că nu utilizează însuşi specificul psihologiei evoluţioniste; adică perspective modulară. Şi, de asemenea, nu face efortul de a sonda o posibilă articulare între evoluţionismul bazat pe gene şi cel care invocă memele.

- Disrupţia conexiunilor semnificante

Bolton, acceptând în mare intervenţia lui Wakefield, abordează problema într-o perspectivă mai largă ce include evoluţionismul, antropogeneza, ontogeneza şi mediul sociocultural uman. Psihismul uman e încadrat în caracteristicile generale ale fiinţelor vii, bazate pe autoreproducere şi proiect (design). Proiect, ce presupune cunoaşterea lumii printr-o structură semantică ce e incodată în creier şi are valenţe cauzale. Iar această cauzalitate umană ce se bazează pe modelul cunoscut al lumii şi pe generarea unor proiecte ghidate de norme recunoscute social, conduce la "conexiuni semnificante. Această expresie reia până la un punct "relaţiile comprehensibile" ale lui Jaspers, care puneau însă mai mult accentul pe înţelegere şi nu pe cauzare. Omul produce evenimente iar acestea au o semnificaţie ce rezultă dintr-o cunoaştere adecvată şi din respectarea unor norme. Se presupune, desigur, că intervine universul limbajului. Conexiunile semnificante ce rezultă din proiectele umane sunt bza integrării sociale. Aceste conexiuni se peerturbă în cazul tulburării mentale. Nu e vorba deci doar de neînţelegere adecvată a lumii ci de proiecte şi comportamente în care se *rupe* conexiunea semnificantă (breakdown of meaningful connections). Abordând astfel problema tulburării mentale, Bolton face loc şi simţului comun şi psihologiei populare. Atenţia sa e concentrată pe psihopatologia nucleară. Pentru zona periferică a *problemelor* psihosociale, ar trebui căutate alte denumiri.

Dar, nici Bolton nu se apleacă spre descifrarea infrastructurii psihice normale, mai mult sau puţin modulare, care se perturbă în patologia psihiatrică.

- Structura modulară a unor funcţii psihice în perspectiva evoluţionismului; problema aplicării acestui concept la psihopatologia umană

Psihologia evoluţionistă, avansând ideea că selecţia naturală are în vedere reţinerea şi transmiterea unor modele comportamentale adaptative, a recurs la conceptul de modúl. Modúlii au fost concepuţi ca unităţi de funcţionare psihică bine delimitate, precise şi eficiente, având o specificitate de domeniu, un caracter constrângător al funcţiei pe care o îndeplinesc, şi o încapsulare informaţională, în sensul că se declanşează doar la stimuli specifici. Un modúl psihocomportamental are o viteză mare de intrare în acţiune şi asigură o execuţie eficientă, deşi rigidă. Se mai postulează o localizare cerebrală într-un grupaj neuronal specific şi o susceptibilitate pentru o tulburare caracteristică. Aceste exigenţe rigide ce s-au formulat iniţial, erau destinate explicării transmiterii genetice a modulilor psihici, similară cu modalitatea transmiterii organelor corporale. O parte din comportamentele instinctive ale animalelor puteau răspunde unor astfel de exigenţe. De la început s-a acceptat că, constelaţia modulilor psihici adaptativi transmişi genetic, e cuprinsă într-o organizare de ansamblu structurată, care beneficiază de funcţii coordonatoare.

Ideea modularităţii psihice, deşi s-a păstrat în evoluţionism, şi-a relaxat rigiditatea şi a acceptat o înţelegere mai nuanţată. Astfel, încapsularea informaţională şi funcţională rigidă poate fi atribuită doar unor comportamente instinctive bazale. În rest, modelele modulare de comportament s-ar comporta ca literele unui text cu care se pot scrie variate cuvinte. Şi aceasta, deoarece, şi în lumea animală, pe măsură ce se urcă pe scara filogenetică, învăţarea şi “habituarea” joacă un rol tot mai important. Apoi, concepţia modularităţii transmise genetic a trebuit să accepte două perspective complementare. Una este cea a modularităţii neurologice. Diverse structuri de funcţionare motorie şi comportamentală precise, secvenţiale, pot face parte din variaţi moduli psihici adaptativi. Aşa e de exemplu inhibiţia şi nelinişstea psihomotorie, unele mişcări stereotipe sau unele stări expresive. Cu alte cuvinte, corelaţia între aspectul motor comportamental şi semnificaţia cu care se corelează, direct, sau prin intermediul unui lanţ comportamental, poate să varieze. Alt echivalent parţial al modulelor comportamentale transmise genetic,

pot fi deci comportamentele învăţate şi automatizate prin repetare. Dar problema principiului modular în psihologia persoanei umane se schimbă parţial, datorită faptului că antropogeneza s-a continuat cu devenirea istorică a omului cultural. În acest context pe lângă revoluţia ce o induce în psihism limbajul articulat narativ evaluativ, intervin cu funcţie de impregnare psihică şi "memele". Adică, unităţile instituţionale de autoreproducere culturală. Astfel, perspectiva modularităţii biologice ajunge să fie una a "modúlilor formali". Adică, implicând "forma", în sensul pe care i l-a dat acestui concept Aristotel. Şi pe care Heidegger l-a reformulat prin conceptul de "existenţiali".

Vom urmări problema structurilor modulilor formali ai psihismului uman, începând cu anxietatea, care poate îmbrăca şi o modalitate psihopatologică

- Psihismul uman în perspectiva modular formală; exprimarea sa psihopatologică în cazul anxietăţii fobice

Ceea ce la om numim anxietate, se poate constata şi la animale. De exemplu un ierbivor ce investighează ambianţa în căutare de hrană dacă ajunge departe de grup în teritorii necunoscute, poate intra într-o stare de alertă hipervigilă la orice stimul mai neobişnuit, cu toate organele receptoare şi efectoare montate pentru funcţionarea maximă. Fapt important, deoarece dacă nu e bine pregătit să se retragă rapid la apariţia agresorului, faptul îl poate costa viaţa.

Omul moşteneşte din biologie acest potenţial de montare a unei alerte anxioase.El intră în anxietate în anumite împrejurări, pentru că el e capabil să o facă. Pentru că, anxietatea e o funcţie psihologică – un instrument, un organ funcţional – utilă şi adaptativ, care ajută individul, fie el animal fie uman, să fie mai pregătit de a face faţă unor situaţii solicitante deosebite, insuficient cunoscute, posibil periculoase. De aceea, mecanismul potenţial al declanşării anxietăţii în anumite împrejurări şi între anumite limite, s-a selecţionat evolutiv în biologie, ca un modúl psihic adaptativ. Şi la fel, frica. Individul, biologic şi uman, are în "dotarea" sa mecanisme psihologice care, în funcţie de anumite informaţii, declanşează un comportament special de aşteptare, evitare, asigurare în raport cu anumite situaţii. Omul e şi el capabil de frică, situaţie ce implică acum psihismul persoanei umane mult mai complex decâ cel al animalelor. Care sunt factorii declanşatori ai fricii?, la ce se referă aceştia...?cum se derulează comportamentul de evitare fobică?...cum se demontează el...? Toate aceste aspecte se reglează prin selecţia

naturală şi prin dinamica socio culturală a învăţării care marchează structura psihismului individual prin de parametrii socio-culturali. Care se metamorfozează şi ei, progresiv, în cursul autoreproducerii lor de-a lungul istoriei. Instanţă socio culturală supraindividuală, care impregnează mediul interpersonal în care subiectul creşte. Oricum, subiectul ajunge să fie dotat cu nişte "moduli psihici adaptativi antropologici" – m.p.a.a. - între care şi cei ai anxietăţii şi fricii, aceştia intrând în acţiune în condiţii definite. Faptul că la om acest mecanism e complex, implicând instanţa metareprezentaţională a sinelui, prelucrarea cunoştinţelor de către imaginar, apelul la factorii de asigurare pe care-i pot oferi ataşamentul, cunoştinţele generale pe care le are precum şi cele referitoare la unii parametri ai mediului fizico uman ambiental, sunt aspecte care modelează şi complexifică schema biologică de fond. Oricum, anxietatea şi frica nu sunt "create de situaţie". O situaţie poate actualiza un potenţial "modular-formal" al anxietăţii şi fricii pe care persoana îl poartă în structura sa ca pe o dotare. În cursul întregii ontogeneze şi a întregii vieţi, subiectul actualizează disponibilităţile fobogene cu care creierul său a ajuns să fie dotat. Şi mai ales pe care acest creier îi permite să le înveţe prin maturarea sa, în cadrul familiei şi a culturii. Faptul că uneori capacităţile sale fobogene înnăscute şi învăţate se actualizează la stimuli minori sau necorespunzători, că manifestarea anxios fobică e excesivă, dediferenţiată, decontextualizată, dezadaptativă, aceştia sunt parametrii ce caracterizează situaţia psihopatologică. Întrebarea urmează să fie pusă în sensul : de ce structuri funcţionale obişnuite, rezultate din filo-ontogeneză, cu care persoana e dotată în mod firesc, şi care sunt prin definiţie adaptativi, se manifestă în unele cazuri aberant. Dar acest fel de a pune problema diferă de tradiţionala abordare prin prisma reacţiilor comprehensibile, ce invocă vag "natura umană". Precum şi de cea care pune în spatele unui sindrom clinic semnificativ în mod direct o tulburare cerebrală, de exemplu disfuncţia unui anumit tip de neurotransmisie cerebrală. Probabil că proiectul de cercetare NIMH are în vedere, pentru studiu, un model destul de adecvat al fricilor umane, bazate pe disfuncţii cerebrale.

Faptul că anxietatea fobică se află printre categoriile maladive ale psihiatriei, ne atrage atenţia asupra situaţiei că astfel de trăiri fac parte din structura existenţei umane. Pentru cazul anxietăţii, acest lucru a fost sesizat şi de filozofi. De la Kirkegaard la Heidegger, angoasa s-a impus ca o trăire importantă în care fiinţarea şi nimicul de

amestecă. Dar acesta e un caz privilegiat. Iar filozofii nu au de ce să se aplece asupra tuturor – sai cel puţin a princpalelor – trăiri şi instanţe bazale ale psihismului uman. Psihopatologia o face însă în mod spontan. Plecând de la ideea deja menţionată că tulburarea mentală ar putea fi considerată un experiment natural, care pune în criză şi dezvăluie infrastructura psihismului, inventarul stărilor psihopatologice apare într-o lumină diferită.

*

* *

O argumentare similară cu cea privitoare la anxietate şi fobie se poate face şi în legătură cu multe alte stări, trăiri şi comportamente umane, ce fac parte din recuzita psihopatologiei. De ex., în legătură cu starea depresivă şi cea maniacală, cu hiperverificare şi hiperplanificare obsesivă, cu preocupare faţă de sănătate corporală, faţă de apariţia şi evaluarea publică, faţă de fidelitatea partenerului. O astfel de trimitere necesită însă precizări şi precauţii metodologice.

În primul rând, în toate cazurile menţionate mai sus e vorba de stări sindromatice şi nu de tulburări de tip maladiv, pentru circumscrierea cărora se cere precizat de obicei durata, intensitatea, modelul evolutiv şi mai ales, atât cât se putea etiopatogenia; şi încă, terenul şi respondenţa terapeutică. Apoi, faptul că o stare psihică adaptativă se detaşează din funcţionalitatea sa normală – se impune în prim plan, rigid şi dezadaptativ, - presupune un deficit.

Astfel, în anxietatea generalizată, în ipostaza acesteia de stare psihopatologică, se manifestă intens aspectele corporale vegetative – tahicardie, hiperpnee, tensiune musculară crescită, tremor, transpiraţii etc. - fapt caracteristic nucleului biologic al anxietăţii. La fel în depresia şi mania psihopatologică se exprimă stări de inhibiţie şi dezinhibiţie psihocorporală însoţite de modificări ale vitezei de derulare a proceselor psihice, aspecte care şi ele exprimă caracteritica psihobiologică. Deficitul ce e prezent în manifestarea psihoptologică a unui m.p.a. nu constă însă doar din reduerea componentei “antropologice” a acestuia. Ci şi dintr-o simplificare şi rigidificare a condiţiei. Şi mai ales, din pierderea posibilităţii de articulare flexibil eficientă cu situaţia, din de-situaţionalizare ce se produce. În acest sens, se poate comenta deficitul funcţiilor de integrare, control şi autonomie.

Dacă se acceptă ipoteza că psihopatologia nu se limitează la ceea ce diagnostichează şi tratează medicina psihiatrică, că ea exprimă un "experiment natural" ce dezvăluie infrastructura oganizării psihice a persoanei umane, cazuistica sistematizată de nosologia psihiatrică poate deveni un ghid util, ca un fel de argument empiric, pentru a intreprinde cercetări în această direcţie. De aceea ea merita analizată şi invocată.

- Nosologia psihiatrică şi stările psihopatologice în perspectivă antropologică.

Actuala nosologie psihiatrică s-a constituit în ultimii 200 ani. O bună parte din entităţile ce o constituie pot fi recunoscute în documentele şi interpretările altor culturi istorice şi în perspectivă transculturală actuală Modelul medical care pretinde sistematizarea unor entităţi nosologice în vederea diagnosticării şi tratamentului, presupune ca fiecare din acestea să aibe o individualitate rezultată din simptomatologie, etiopatogenie, caracteriticile de teren şi evolutive, respondenţa terapeutică. Eforturile ce s-au depus în vederea DSM-V şi ICD-11 se conformează acestor exigenţe, în ideea de a existena manuale suficient de accesibile şi utilizabile de specialişti, în vederea unui diagnostic similar, al aceleaşi categorii, în diverse locuri. Şi care să corespundă realităţii faptice a unei tulburări şi cunoştinţelor teoretice şi practice ale timpului nostru.

Marea problemă cu care s-a confruntat DSM-III în 1980 – şi variantele sale ulterioare – a fost cea a etiopatogeniei. Oficial, manualul s-a declarat neutru din acest punct de vedere. Ceea ce practic, era imposibil, fapt pe care sistemul ICD-10 l-a recunoscut mai clar. În primul rând nu poate fi ignorat terenul, cel puţin în perspectiva vârstei : perioada developmentală, cea a vârstei adulte şi cea a bătrâneţii, prezintă fiecare un teren biopsihic diferit. Apoi, există o patologie psihică care evident este corelată cu factori patogeni organici, cerebrali, toxici, cuunele condiţii medicale generale.Pe de altă parte, există un grup de patologie în care predomină evident factorii psihosociali. Terenul personalistic, ca nivel a capacităţilor intelectuale, de relaţionare socială, este şi el de luat în considerare. Ceea ce şi face DSM-III-IV prin Axa II de diagnostic. De asemenea, în prezent nu mai pot fi ignoraţi factorii genetici; care însă de multe ori acţionează în conjuncţie cu influenţele postnatale – biologice şi psihosociale – pentru a determina prin cumul de factori, o vulnerabilitate crescută. Care conduce, printr-un lanţ de stări intermediare, la starea maladivă.

Acest ultim aspect al plurifactorialităţii bio psiho sociale ce acţionează cumulativ în cursul ontogenezei şi a cursului vieţii, a condus la doctrina vulnerabilitate/stress. Acesta a înlocuit tradiţionalul concept de cauzalitate endogenă. Dar, o mare parte a psihiatriei se află tocmai în această zonă nucleară de pluricondiţionare, care are ca fază intermediară vulnerabilitatea crescută. Iar aceasta se conjugă de obicei cu particularităţi ale structurii personalităţii şi cu tendinţa la o evoluţie recurentă sau prelungită a tulburărilor. În sfârşit, acest sector nuclear al psihiatriei e divizat şi el tradiţional de limita *psihozei*, pe care minimalizarea termenului în programul DSM-III-IV nu a desfiinţat-o. Şi nu a anulat-o nici nici viziunea continumului psihopatologic care s-a dezvoltat progresiv în ultima perioadă.

Ţinând cont de cele menţionate mai sus, s-ar putea formula că: entităţile clinice psihiatrice propriu zise se plasează, d.p.d.v. etiopatogenetic într-o zonă nucleară intermediară, între cele condiţionate evident organic – ca stările de delirium – şi cele condiţionate evident psihosocial – ca depresia de doliu prelungit sau reacţia de stres posttraumatic.În această zonă centrală, prezenţa factorilor organici şi psihosociali pot juca de multe ori un rol favorizant sau declanşator.

*

* *

Trecând acum la un scurt inventar, ar prezenta interes următoarele aspecte :

D.p.d.v. al condiţionării prin suferinţe orgnic cerebrale acute, pe primul loc se plasează stările de obnubilare şi delirium. Ele perturbă mecanismul normal al funcţionării psihocerebrale vigile, opusă somnului cu vise. Dezorientarea confuzivă şi stările oniroide pot apare în acest context.

D.p.d.v. developmental, o condiţionare organică, uneori predominent genetică, o are deficienţa mentală, în sensul nedezvoltării capacităţii de operare cognitivă a inteligenţei. Deci a unei funcţii adaptative esenţiale a psihismului uman. Iar predominent la vârsta a treia, se întâlneşte deteriorarea cognitivă de tip demenţial, care conduce la pierderea orientării mnestic identitare şi a celei ambientale. Identitatea biografică şi socială a persoanei este şi ea un parametru esenţial al psihismului persoanei umane.

În perioada developmentală psihiatria mai înregistrează şi alte tulburări care sunt condiţionate mai mult sau mai puţin genetic. Dar şi cu posibilă contribuţie a unor factori lezionali cerebrali şi ambientali postnatali. Între aceştia se menţionează:

- Autismul, ca nedezvoltare a capacităţii de comunicare nonverbală şi de ataşament, cu reducerea intereselor, manifestări stereotipe şi deficultăţi de sinteză a ansamblurilor. În cazul autismului condiţionarea e predominent genetică. Actuala concepţie asupra spectrului autist acceptă un continuum până spre normalitate, cu trimiteri în direcţia a ceea ce tradiţional s-a numit personalitate schizoidă. Anumite orientări profesionale şi talente se corelează cu acest spectru.

- Sindromul ADHD constă din tulburări ale fixării atenţiei şi instabilitate psihomotorie cu reacţii explozive. Funcţiile executive nu se organizează metodic; iar procesul de investigare al ambianţei, firesc şi adaptativ, devine excesiv de dispers şi necontrolabil. Condiţionarea e considerată plurifactorială, intervenind factori vehiculaţi genetic, macrolezionali, educativi, ambientali.

- Sindromul Tourette se manifestă prin ticuri, mişcări involuntare, ritualuri, obsesii şi compulsii. Autocontrolul în direţia mişcărilor şi comportamentului nu se dezvoltă adecvat. Se recunoaste o continuitate cu patologia obsesiv compulsivă; şi, de asemenea, cu precedentele două tulburări. Condiţionarea e considerată predominent genetică.

- Tulburările de ataşament şi conduită. Ataşamentul faţă de mamă se poate dezvolta nesigur sau dezorganizat, detaşat ; la unele cazuri se poate manifesta tendinţa spre ataşament fuzional ; alţi copii par indiferenţi faţă de mamă şi alţii instabili sau ostili. S-au făcut legături între tulburările de ataşament, cele de conduită şi tulburarea de personalitate borderline. Anxietatea de separare e corelată problematicii ataşamentului.

- Tulburările anxios fobice şi cele obsesiv compulsive ale copilăriei. Odată cu acestea, intrăm într-o zonă nouă, condiţii care se manifestă cu pregnanţă la vârsta adultă, ca sindroame ce fac parte din zona nucleară a psihopatologiei clinice.

Dacă ne orientăm spre patologia vârstei adulte, care este totdeauna cea de referinţă, criteriile de ordonare sunt variate. Sistemele nosologice actuale păstrează de obicei o ordine care diferenţiază tulburările *psihotice*, de cele *nepsihotice* – reactive, prevalenţiale, nevrotice şi de tulburările de personalitate.

Tulburările de personalitate sunt şi ele prezentate separat. Deşi, conform actualei perspective a continuumului maladiv, majoritatea sindroamelor comentate la tulburările de la acest nivel se extind de la psihopatologia episodică, în două direcţii : pe de o parte spre normalitate, pe de altă parte spre tulburările de personalitate. Tocmai aceste direcţii ale continuumului psihopatologic sugerează că la bază se află tulburarea unei structuri funcţionale normale, care se manifestă în starea sa de minus, în diverse instanţe ale structurii psihice. În acest sens poate fi comentată nu doar patologia anxios fobică ci şi cea obsesiv compulsivă, impulsivă sau cea de dependenţă. Ultima, merită o atenţie specială.

Chenar 74

Principalele stări psihopatologice consemnate de psihopatologia descriptivă ca sindroame şi incluse în sistemul nosologico nosografic psihiatric

Tulburări episodice şi prelungite	Tulburări developmentale şi ale terenului personalistic
Instabilitate psihomotorie – ADHD	Deficienţa mentală
Anxietate de separare	Autismul (Kanner)
Sd.anxietate generalizată (panică)	
Fobii : spaţiale, speciale, agorafobie	t.p.evitantă
Fobie socială	
Fobie de sănătate	
Sd.somatoforme, astenic, conversiv, disociativ	t.p.histrionica
Sd. depresiv	
Sd.maniacal, tb.bipolară	
Sd. dependenţă (de substanţe, de activităţi)	t.p.dependentă
	t.p. borderline
Sd impulsiv, exploziv	t.p.antisocială
Sd. Obsesiv compulsiv	t.p. obsesiv compulsivă
	Sindromul Tourette
Sd. Senzitiv relaţional (prevalent, dismorfofobic)	
Sd. delirant halucinator	
Sd. transparenţă influenţă	t.p. paranoidă
Sd. depersonalizant apato abulic	t.p.schizoida Deteriorare cognitiva
Sd. dezorganizant ideo verbal	Dementă

Dependenţa e comentată în actuala psihopatologie clinică din două perspective : a addicţiei de substanţe ; şi a tulburării de personalitate dependentă, care nu poate intreprinde nimic dacă nu e condusă de o persoană autoritară. Dar se mai cer avute în vedere şi alte perspective. În primul rând, în ultima perioadă se studiază tot mai mult dependenţa comportamentală : cea de muncă, de televizor, de internet. O atenţie sporită asupra acestei probleme au făcut să fie plasate în apropiere dependenţei patologice şi alte comportamente considerate tradiţional ca hobby-uri : alergatul, exerciţiile fizice, interesul faţă de sport etc. De asemenea, colecţionarismul, pe care tradiţia îl plasează în aria obsesionalităţii. Şi chiar jocul de noroc patologic, care e categorisit ca şi comportament impulsiv. De fapt, în schema spectrului obsesiv compulsiv a lui Hollander, una din direcţii se întinde în direcţia impulsivităţii. Apoi, comportamentul alimentar al unor obezi a fost şi el etichetat ca addicţie alimentară. Alt aspect ce merită şi el comentat e faptul că addicţia de substanţe – referinţa principală fiind la consumul de alcool – se corelează nu doar cu multiple tulburări de personalitate ci şi cu alte tulburări , mai ales cu cele din aria anxios fobică, depresivă şi bipolară. Astfel, addicţia alcoolică poate până la un punct masca unele tulburări independente de ea. În sfârşit, consumul de alcool poate duce la multiple complicaţii : somatice, neurologice, psihice şi sociale. Dintre cele psihice ar putea face parte episoadele depresive grave ; sau, unele tulburări psihotice, de exemplu delirul halucinator paranoid. Se ridică problema dacă acestea sunt efectiv consecinţa consumului de alcool ; sau acesta doar accentuează o predispoziţie latentă.

Intrând în zona nucleară a psihopatologiei, se poate comenta faptul că stările depresive şi maniacale pot fi interpretate, la fel ca cele anxios fobice, ca desimplicarea unor m.p.a.a., care nu-şi mai exercită funcţia lor firească adaptativă ; ci, trec în prim plan, se manifestă rigid, simplificat, formal, acaparând starea psihică a subiectului, decontextualizându-l într-o manieră dezadaptativă. Actuala viziune a spectrelor maladive urmăreşte manifestarea variată, de diverse intensităţi şi durate a acestor sindroame, de la formele scurte şi minore până la cele grav psihotice. Privitor la patologia maniacală şi depresivă se ridică şi problema mai particulară a periodicităţii lor.

Faptul ar putea fi considerat mai puţin misterios dacă se scrutează originea bioantropologică a m.p.a.a. ce stau la baza tulburărilor dispoziţionale. În biologie, cel mai pregnant echivalent al stărilor maniacale îl avem în fazele de rut. La om, în manifestarea

sărbătorilor. Ambele aceste situaţii sunt periodice. Pentru om se mai poate invoca cele două faze ale angajării într-un proiect : avântul începutului şi succesul final, care e de obicei sărbătorit. Biopsihoritmurile antropocosmice sunt implicate bazal în m.p.a.a. de tip maniacal. Cât priveşte depresia, echivalentul standard în biologie acesteia poate fi considerat hibernarea. La om, desigur doliul este manifestarea cea mai pregnantă. Dar, manifestările de pierdere de tip doliu sunt aspecte fireşti ale ciclurilor vieţii. Apoi, bilanţurile negative, eşecurile sau anumite perioade sobre ale sărbătorilor, se corelează şi ele cu o ciclicitate temporală. Ceea ce este înlăturat din viaţa normală în cadrul manifestărilor adaptative de tip maniacal şi depresiv, e activitate productivă, angajare în practicile curente. Dar, aceasta e în mod normal o înlăturare acceptată şi temporară.

În regimul desimplicării şi afirmării anormale a unor m.p.a.a., pot intra apoi variantele normale ale preocupărilor prevalente pentru: sănătate, apariţie publică, fidelitate, suspiciunea în raport cu alţii şi stima de sine identitară. Astfel de preocupări se pot manifesta reactiv situaţional, pot intra într-o arie a preocupărilor obsesiv fobice sau se pot impune ca prevalente. De exemplu ca hipocondrie, dismorfofobie, trăiri senzitiv relaţionale, stări de gelozie sau paranoiace. Ceea ce plasează astfel de teme într-o modalitate sau alta de trăiri, este intervenţia unui aspect formal al psihismului persoanei, expresie a organizării sale ierarhice specifice. Preocuparea pentru relaţionarea cu alţi şi pentru starea sa de sănătate, situaţia valorică sau identitară, se polarizează în ată direcţie decât acţiunea. Adică, elaborarea unor proiecte şi realizarea lor. În această direcţie, psihopatologia ne dezvăluie manifestări de tip obsesiv compulsiv şi impulsiv.

*

* *

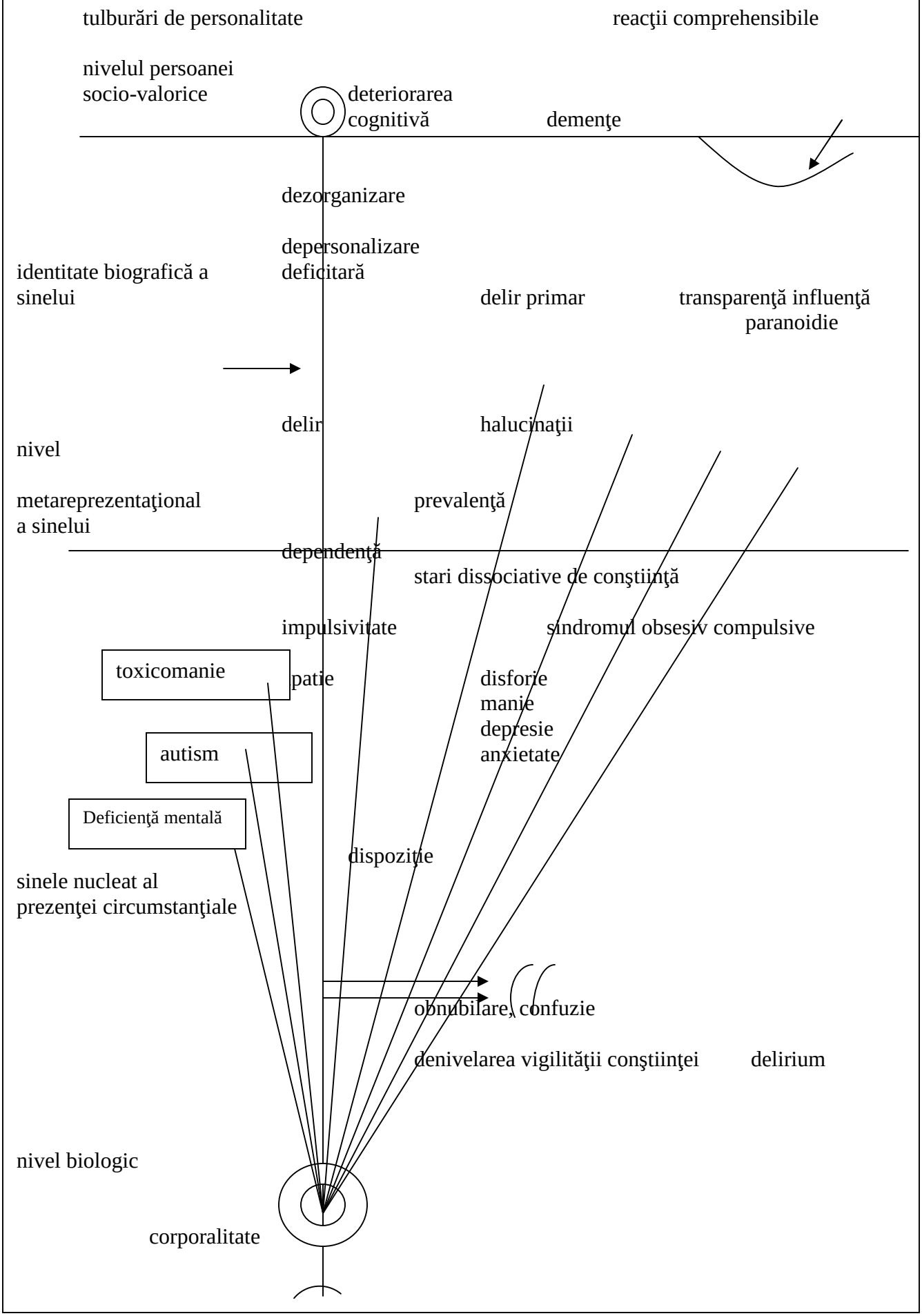
O problemă cheie a stărilor psihopatologice este cea a “psihozei”. Termenul a fost introdus la mijlocul sec.XX pentru a contrabalansa pe cel de nevroză, care se referea la o suferinţă a neuronilor creierului, ca bază pentru tulburările psihice. În tot sec.XX, până la DSM-III, psihoza a însemnat acea tulburare psihică importantă, care alienează omul şi-l face nebun. Psihozele se refereau nu doar la aberaţia psihică ci la incapacitatea subiectului de a înţelege faptul că e bolnav. De unde necesitatea internării în spitale şi a îngrijirilor. Kraepelin a comentat ca principale “psihoze endogene”, schizofrenia şi boala maniaco depresivă. Fără a ignora însă psihozele delirante, ca paranoia şi parafrenia.

Treptat, schizofrenia s-a impus ca prototip al psihozelor. DSM-III elimină conceptul de endogenitate; iar psihoza e circumscrisă doar simptomatic, prin prezenţa delirului, a halucinaţiilor necriticate, a vorbirii dezorganizate şi manifestării comportamentale ieşite din comun, aşa cum e marea agitaţie şi catatonia. Se exclude astfel simptomatologia deficitar depersonalizantă a schizofreniei iar stările maniacale şi depresive pot fi identificate ca prezentând sau nu tulburarea psihotică. Această abordare comportamentalistă a făcut ca tradiţionalul concept de psihoză, care a preocupat intens psihopatologia fenomenologică bazată pe trăiri subiective, să intre într-un con de umbră.

Recent, odată cu dezvoltarea ideii de continuum şi de spectru maladiv, în preajma elaborării DSM-V şi ICD-11, cercetările în direcţia psihozei s-au reactivat. Dar, tot ca cercetări empirice. Lipseşte şi în prezent un cadru conceptual, care să servească unor modele coerente de cercetare a psihozelor.

Chenar 75

Schemă a principalelor tulburări psihice; perspectiva formală; tematica poate fi variată



Într-o perspectivă antropologică, dacă se abordează psihismul persoanei ca centrată de un sine structurat, se poate diferenţia într-un plan al trăirilor actuale ce se continuă cu proiecte şi preocupări; şi o altă instanţă, a sinelui identitar biografic. Articulaţia între aceste două zone e făcut de sinele metareprezentaţional, care supervizează evaluativ acţiunea actuală, proiectele şi preocupările, articulându-se în acelaşi timp cu narativitatea, ce stă la baza identităţii biografice a duratei. Se poate sugera că patologia psihotică se desfăşoară în această instanţă identitară a sinelui, articulată prin cea reprezentativă de sinele actualităţii şi proiectelor. Această instanţă e centrată de durata memoriei şi de operaţionalitatea imaginarului sintetic, ce prelucrează continuu datele cunoaşterii lumi, centrate de subiectul ce se relaţionează refleiv cu alţii şi cu sine. Procesualitatea psihică ce se derulează în această instanţă identitară e ordonată printr-o coerenţă centrală proprie. Aceasta diferenţiază între centrul reflexiv intenţional al sinelui, limite ce diferenţiază interioritatea subiectivităţii şi exterioritatea lumii şi o structură a ordinii ierarhice ce-i organizează constituţia şi se exprimă în gândire şi acţiune. Procesualitatea gândirii ce se desfăşoară în plan metareprezentaţional articulează în acestă instanţa identitară e ordonată printr-o coerenţă centrală proprie. Aceasta diferenţiază între centrul reflexiv intenţional al sinelui, limitele ce diferenţiază interioritatea subiectivităţii de exterioritatea lumii, a structurii şi a ordinii ce-i organizează constituţia şi se exprimă în gândire şi acţiune. Procesualitatea gândirii ce se desfăşoară în plan metareprezentaţional, articulează această structură identitară cu raportare la situaţii actuale.Situatii ce se desfăşoară în ambianţa concretă, în care se mişcă si sinele persoanei socio-valorice, ce corelează subiectul cu alţi, în cadrul structurilor practice ale societăţii.

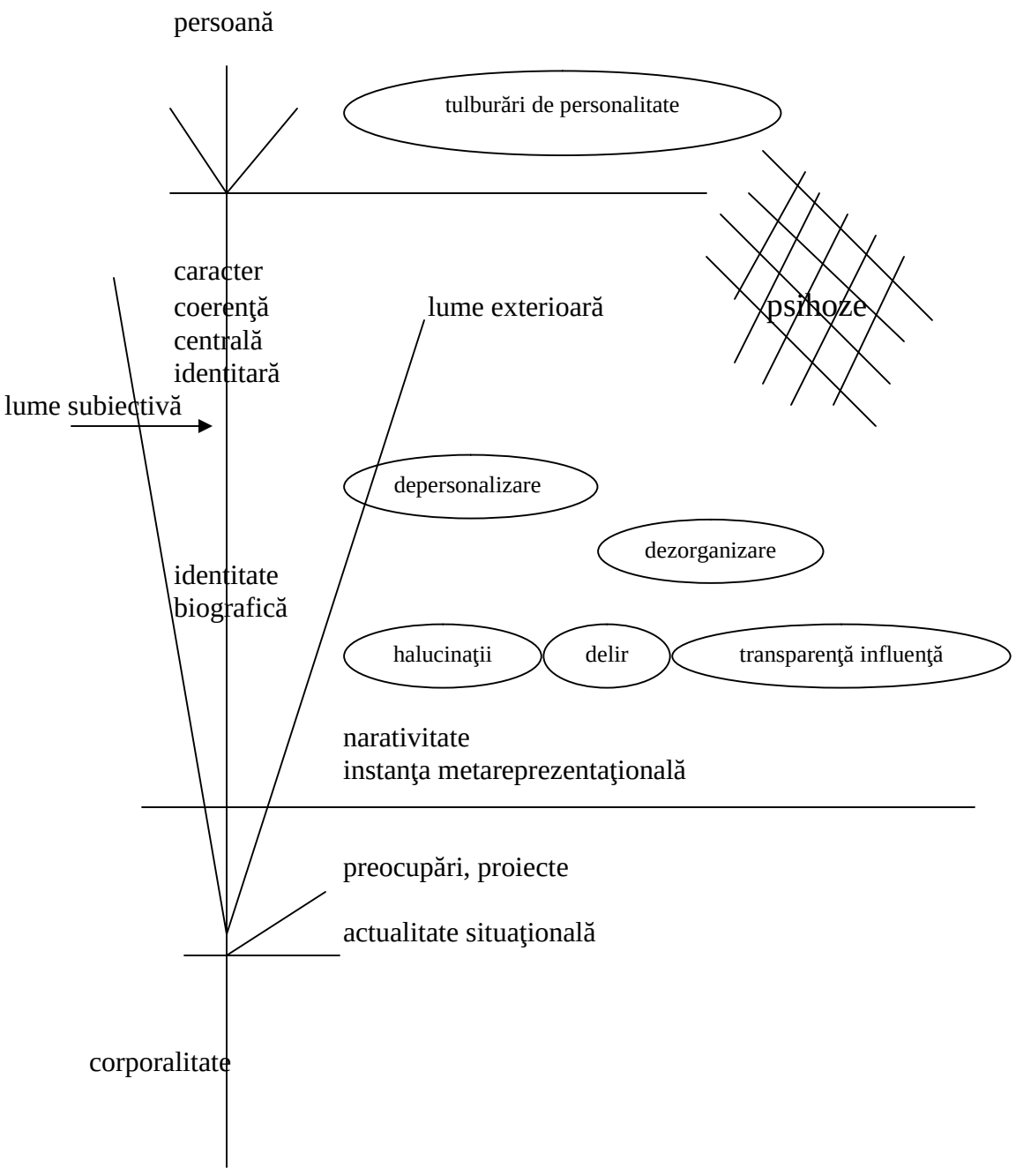
La această joncţiune tema prevalentă transgresează în idei delirante. Iar suspiciunea şi centralitatea relaţională a senzitivităţii, transgresează în convingerile de supraveghere a intimităţii, de transparenţa influenţă. Nucleul patologiei psihotice ar putea fi considerat ca un deficit al funcţionării sintetic ierarhice a sinelui identitar; fapt ce se repercutează la nivel metareprezentaţional şi actual. Trăirile nu mai sunt suficient de bine structurate ierarhic în ceea ce priveşte ordinea, distanţele, limitele. Limitele sinelui devin difuze sau aberante. Organizarea gândirii şi vorbirii îşi pierde coerenţa. Intenţionalitatea reflexiv funciară a sinelui se deteriorează şi ea în cadrul unei depersonalizări apato

abulice. Se instalează indiferenţa totală, detaşarea de lume, hiperreflexdia şi incoerenţa în gândire şi vorbire. Delirurile devin bizare.

Acest scenariu presupune însă un nivel de ruptură; la fel ca “saltul pe o altă orbită”. Această “cădere” de tip psihotic, ar putea fi considerată prototipul minusului psihopatologic în general.

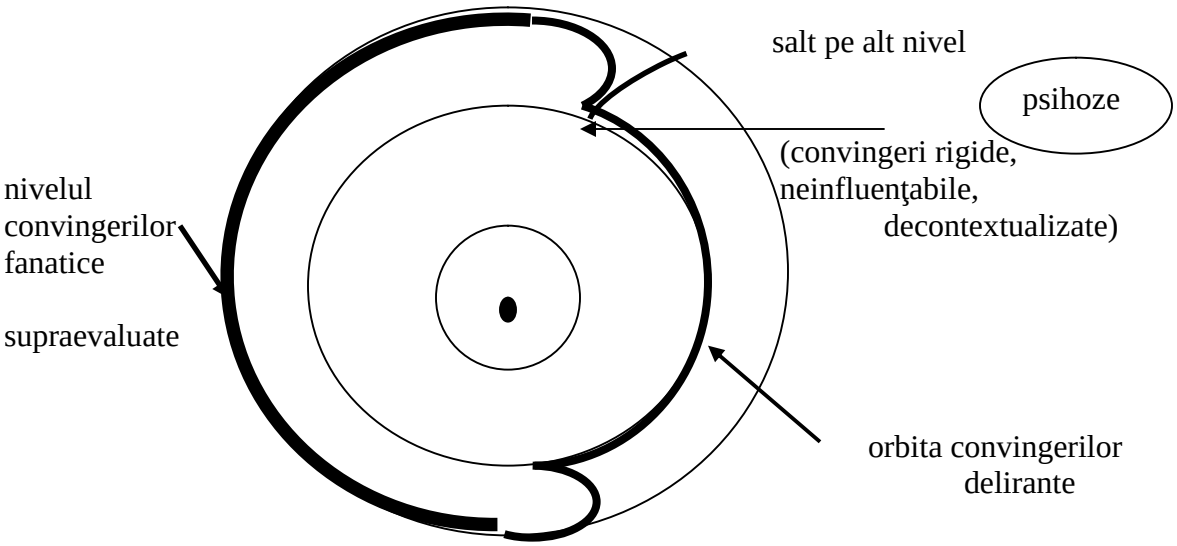
Condiţionarea şi mecanismul apariţiei şi manifestării stărilor psihotice este poate obiectivul principal de cercetare al psihopatologiei clinice.

Chenar 76


persoană
tulburări de personalitate
psihoze
caracter
coerenţă
centrală
identitară
lume exterioară
lume subiectivă
depersonalizare
dezorganizare
identitate
biografică
halucinaţii
delir
transparenţă influenţă
narativitate
instanţa metareprezentaţională
preocupări, proiecte
actualitate situaţională
corporalitate

Chenar 77

Problema continuumului in normalitate si delir



Capitolul XIII Note şi Bibliografie

Întrebarea “ce e tulburarea mentală” este abordată în prezent predominent de psihopatologii clinicieni din perspectiva medicinii psihiatrice. Dezbaterea nu se poartă acceptând concomitent două perspective complementare dar care se suprapun doar în parte. Cea a tradiţiei de 200 ani a psihiatriei actuale şi cea general antropologică, ce a preocupat constant oamenii de cultură şi filozofii. Abordările actuale credem că ar avea de câştigat dacă se ţine seama de :

- În stările psihopatologice asistăm la cazuri de indivizi umani ce prezintă un minus antropologic, divers condiţionat şi manifestat ca fenomen şi durată, care afectează variate instanţe ale psihismului, organizat în jurul sinelui. Mecanismele de constituire şi dinamica acestora se cer studiate. Dar deficitul se referă întotdeauna la funcţia adaptativă şi creatoare, ce s-a constituit în individ în urma filoontogenezei. Lectura medico psihiatrică a acestora şi evidenţa bazelor cerebrale implicate, e corelată cu nivelul cunoaşterii.

- Psihismul uman, aşa cum se manifestă el în indivizi, are o dublă articulare : în filogeneza biologică şi procesul de antropogeneză. Şi, în structura supraindividuală a culturii umane organizat prin logos în jurul unei organizări practico teoretice, care vizează transcendenţa prin credinţă şi cunoaştere. Psihismul persoanei este în egală măsură originat genetic şi mimetic.

O astfel de abordare ar putea probabil deschide noi orizonturi şi proiecte de cercetare.

167. Bolton D (2008), What is mental disorder? An essay in philosophy, science, and value, Oxford University Press

168.Bolton, D., Hill J. (1996), Mind, Meaning and Mental Disorder. The Nature of Causal Explanation in Psychology and Psychiatry, Oxford University Press

169.Wakefield J.C.(1992), Disorder as harmful dysfunction : A conceptual critique of DSM-II-R’s definition of mental disorder, Psychological Review, 99, 232-247

170.Wakefield J.C. (1999), Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder, Journal of Abnormal Psychology, 1008, 374-399

171.Harwitz A.V. & Wakefield J.C. (2007), The loss of sadness : how psychiatry transformed normal sarow into depressive disorder. New York, Oxford University Press

172. Wakefield J.C. (2010), “Taking Disorder Seriously”, in Th.Millon and all, Contemporary Directions in psychopathology, pp 275-300

173. Kendell R.E. (1986), What are mental disorder? In A.M. Freedman and all (Eds), Issues in psychiatric classification : Science, practice and social policy (pp 23-45), New York : Human Science Press

174. Boorse C. (1975), On the distinction between disease and illness, Philosophy and Public Affair, 5; 49-68.

Anexa I

Ordine, sistematizare, empatie şi dispoziţie afectivă

1. A empatiza şi a sistematiza în viziunea psihopatologică a lui S.Baron-Cohen

Simon Baron-Cohen e un profesor britanic de la Cambridge care e specializat în studierea autismului infantil. Autismul constă în nedezvoltarea la copil a capacităţii de relaţionare socială, în primul rând neverbală, prin privire şi expresivitate mimică. Dar în mod secundar şi prin limbaj. Acesta poate fi achiziţionat dar copilul în foloseşte în monologuri sau repetând stereotip expresii. Autistul preferă jocuri constructive şi mecanice, prezintă mişcări repetitive, stereotipe şi doreşte ca lucrurile din jur să rămână în aceeaşi poziţie, neschimbată, la fel (“seimness”); dacă sunt mutate de la locul lor el se agită agresiv.

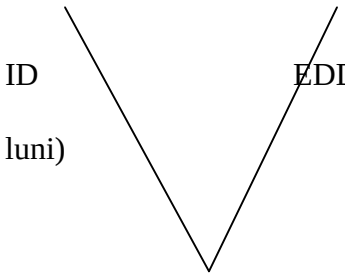
S.Baron-Cohen este un savant ce se ataşează curentului neodarwinist din psihologie şi psihopatologie. Acesta susţine că funcţiile psihice sunt mecanisme adaptative care sunt selecţionate evolutiv. În biologie, la mamifere mai ales, ele sunt organizate ca nişte blocuri – modúli – care după selecţionarea lor adaptativă se transmit genetic. Ca urmare în cursul dezvoltării ontogenetice a individului, creierul ce se maturizează devine la un moment dat apt să exercite funcţia respectivă, dacă întâlneşte stimuli adecvaţi sau simulacrul lor. Stimuli pe care-i recunoaşte preferenţial. Astfel, copilul are o predispoziţie înnăscută să recunoască faţa umană şi zâmbetul, să repereze privirea mamei şi să o urmărească, ulterior conjugându-se cu această privire. La fel, trăind într-o ambianţă în care se vorbeşte, creierul copilului ce se maturează e predispus să surprindă secvenţele vorbirii într-o structură gramaticală şi de semnificaţii; şi să producă expresii cât mai închegate şi semnificante situaţional, conform cu o “gramatică generativă”. Progresând cumulativ pe această cale, creierul copilului, care se maturizează continuu după naştere datorită prematurităţii nou născutului uman în raport cu alte specii, ajunge la 3 ani la capacitatea de a înţelege intuitiv ce intenţionează alţii, pe care-I priveşte situaţional. Această capacitate de mentalizare – numită şi Theory of Mind sau ToM – semnifică faptul că el înţelege faptul că alţii au o minte similară cu a sa, capabilă de dorinţe, intenţii, opinii; pe care el le intuieşte sau le citeşte din expresivitatea feţei acestora. Capacitatea ToM nu se dezvoltă decât parţial şi deficitar la copiii autişti.

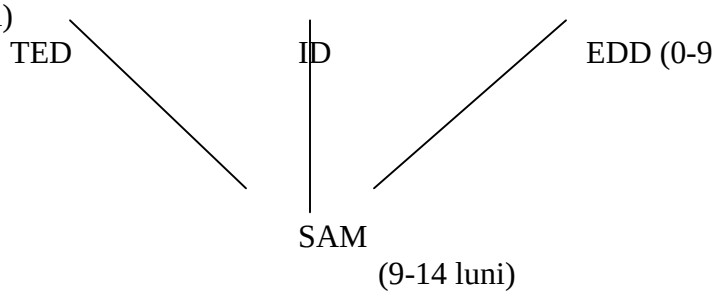
S.Baron-Cohen a fost implicat în aceste cercetări. Fiind ataşat ideilor neodarwinismului el a publicat o carte – Mindblindness – în care comentează această ” orbire” a autiştilor faţă de înţelegerea minţii celorlalţi,

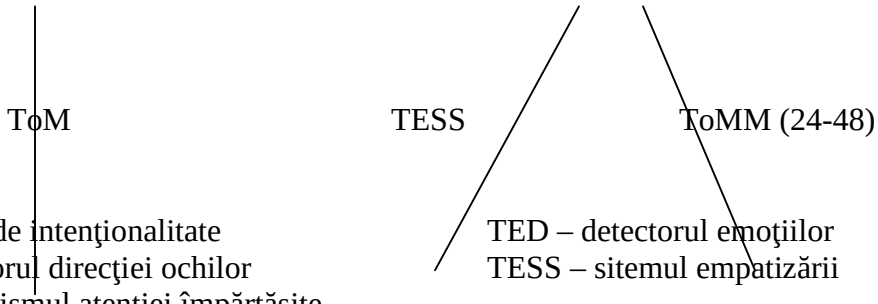
ca deficienţă a unei funcţii ce s-a selectat, deoarece era utilă evolutiv. Neodarwinienii susţin că în cursul perioadei de aproximativ de un million de ani ai ontogenezei, selecţia naturală a acţionat predominant în direcţia dezvoltării capacităţii de înţelegere şi colaborare prosocială. Pentru hominizii predominant culegători din savana africană, în cadrul microgrupurilor, în care aceştia trăiau, colaborarea ar fi fost mai adaptativă decât dezvoltarea capacităţilor individuale de supravieţuire, pentru obţinerea hranei şi apărarea de prădători. Astfel s-a dezvoltat progresiv şi intensiv "creierul social". Această structură funcţională a creierului uman susţine capacitatea de relaţionare cu ceilalţi, de recunoaştere a feţelor umane în general şi a celor apropiate în special, de înţelegere a stărilor afective şi intenţionale a altora, de negociere şi raportare reciprocă în cursul colaborării, de detectare a ostilităţii, de autocontrol a agresivităţii intraspecifice etc. Deficitul ce se întâlneşte în autism exprimă în mare măsură o nedezvoltare a capacităţii funcţionale a creierului social.

Baron-Cohen şi-a elaborat teoria sa despre deficitul din autism după modelul modúlar. Ar exista unele capacităti înnăscute precise, pe care creierul copilului ar trebui să le actualizeze succesiv, pentru a se ajunge la capacitatea ToM. Iniţial, el trebuie să fie capabil de a avea o privire aţintită şi să detecteze intenţionalitatea, faptul că celălalt are o intenţie îndreptată spre ceva. Apoi, trebuie să devină capabil de a urmări privirea celuilalt spre un obiectiv şi să îşi conjuge privirea cu a mamei (privire conjugată, "joint attention"). La căpătul acestei etape se realizează şi recunoaşterea în oglindă, perceperea de sine şi capacitatea de a-şi reprezenta şi imita pe cineva care nu e prezent (la 18 ani). În sfârşit se ajunge la ToM (la 3 ani). Această schemă modulară iniţială a fost apoi îmbogăţită de autor prin recunoaşterea importanţei emoţiilor şi empatiei. S-a introdus astfel un modúl al detectării emoţiilor (TED) care, articulându-se cu detectarea direcţiei ochilor susţine dezvoltarea ataşamentului faţă de mamă, în perioada dintre 8 luni şi 3 ani. Ataşamentul se dezvoltă în direcţia rezonării afective şi nu în direcţie cognitivă. S-ar dezvolta astfel până la 3 ani, în paralel, la copilul normal, un mecanism cognitiv complex bazat pe ToM (ToMM) şi un sistem afectiv complex bazat pe TED (TESS). Aceste ipoteze pot fi rezumate într-o schemă :

Chenar 78







ID – detector de intenţionalitate
EDD – detectorul direcţiei ochilor
SAM – mecanismul atenţiei împărtăşite
ToMM – teoria mecanismului minţii

TED – detectorul emoţiilor
TESS – sitemul empatizării

- prima ipoteză modulară a lui Baron-Cohen, referitoare la ToM

- a doua ipoteză modulară a lui Baron-Cohen, care are în dezvoltare concomitentă a unui mecanism cognitiv (ToMM) şi a unui sistem afectiv (TESS)

A

B

În autism întâlnim deci, nu doar un deficit al cunoaşterii minţii altora – prin nedezvoltarea TOMM - ci şi unul al empatiei. De fapt, deficienţele din autism privesc şi alte funcţii generale, cum e cea a "coerenţei centrale". Adică, integrarea părţilor într-un tot ce se degajă dintr-un context. Precum şi cea a "funcţiilor executive", care se referă la planificarea şi coordonarea unei acţiuni cu scop. Aceste trei capacităţi pot fi deficitare nu doar prin nedezvoltare, ci şi prin fragilitatea lor, aşa cum se întâmplă în schizofrenie.

Schemele de mai sus sunt preluate dintr-un articol a lui Baron Cohen publicat într-un tratat de psihologie evoluţionistă (Baron-Cohen, 2007). În acesta, autorul îşi prezintă concepţia recentă privitoare la etiopatogenia autismului. În primul rând, el menţionează că distincţia dintre TOMM şi TEES e necesară, deoarece în psihopatologie se întâlnesc cazuri în care cogniţia socială e nealterată, deşi afectivitatea empatică lipseşte. Aşa se întâmplă în psihopatie (autorul a şi scris recent o carte pe această temă, intitulată "The Science of Evil") (Baron-Cohen, 2012). Baron-Cohen, atrage apoi atenţia asupra diferenţelor psihologice de sex, femeile fiind mai dotate pentru afectivitate iar bărbaţii pentru acţiuni sistematice şi relaţionale. Diferenţe care se exprimă şi în specializarea lobului stâng şi drept ale encefalului. Apoi, el avansează ideea că autismul ar exprima o dezvoltare excesivă, dezechilibrată şi anormală, a creierului masculin. Argumentele în această direcţie sunt reluate acum în perspectiva a două mari direcţii de funcţionare, complementare ale psihismului uman : cea a empatizării şi cea a sistematizării. Prima se corelează cu afectivitatea şi e mai dezvoltată la sexul feminin. Cea de a doua, se articulează mai ales cu activitate realizatoare şi cu diverse operaţii mentale, fiind d.p.d.v. evoluţionist orientată pentru a fi mai dezvoltată la bărbaţi. Pentru o privire evoluţionist antropologică asupra psihopatologiei în ansamblu, e util ca această interpretare să fie puţin detaliată.

Capacitatea de a empatiza se referă nu doar la recunoaşterea cognitivă a stărilor afectiv emotive ale altora, ci şi la rezonanţa afectivă, la faptul de a fi afectat de trăirile afective ale acestora. Deşi Baron-Cohen nu dezvoltă amplu subiectul, el se referă totuşi la capacitatea de ataşament. Adică, la faptul de a te interesa de celălalt, de a fi acordat afectiv cu el, de a fi afectat de suferinţele celorlalţi, de a avea remuşcări în raport cu alţii. Dezvoltarea predominentă a capacităţii de empatizare la femei ar putea fi corelată evolutiv cu maternitatea şi creşterea copiilor, cu preocupările gospodăreşti şi grija acesteia perntru toţi membrii familiei. Predominarea empatiei se corelează cu o redusă agresivitate şi tendinţă la dominare, cu abilităţi expresive şi comunicaţional verbale crescute. Empatia ar fi deci mai

caracteristică modelului feminin de creier social, ea manifestându-se însă la ambele sexe.

Preocuparea principală a lui Baron-Cohen din articolul menţionate însă în direcţia capacităţii de sistematizare, pe care o consideră caracteristică bărbaţilor. El introduce conceptul de sistematizare prin referinţă la preocuparea faţă de sisteme. Acestea pot fi, după autor tehnice (e.g. computer), naturale (e.g. plantele), abstracte (e.g. matematicile), sociale (e.g. taxonomia, colecţiile), legate de sistemul motor (e.g. tehnici sportive, performanţe). A sistematiza ar însemna a fi preocupat de reguli şi a utiliza mereu corelaţia : dacă-atunci. Sistematizarea ar presupune patru faze : analiza, repetiţia, derivarea de legi, confirmarea sau neconfirmarea. Preocuparea pentru sistematizare a bărbaţilor s-ar evidenţia prin interesul crescut pentru matematică, fizică, inginerie, prin abilităţile constructive, atenţie acordată detaliilor şi confirmată prin o serie de teste (Baron-Cohen, 2000). Predominarea capacităţii de sistematizare la bărbaţi s-ar explica evolutiv prin implicarea acestora în fabricarea de unelte şi deplasarea pentru vânătoare, orientarea în spaţiu fiind importantă pentru această capacitate.

Ca cercetător Baron Cohen a studiat familiile autiştilor şi a constatat că în peste jumătate din cazuri tatăl şi bunicul patern al pacientului are o meserie de inginer; sau în domeniul matematicii şi fizicii (Baron-Cohen, 2006). Deci, mult peste media statistic populaţională. De asemenea, studenţii în inginerie, matematică si fizică sunt predominant bărbaţi (ar fi putut adăuga şi în creativitatea muzicală şi matematică). El conchide că aceste date ar fi un argument pentru ipoteza că autismul se exprimă ca o hiperfuncţie a creierului masculin, conjugată cu o hipofuncţie a creierului feminin, adică a empatiei. Iar această situaţie ar exprima deficitul unor funcţii selecţionate evolutiv.

Ipoteza menţionată a lui Baron Cohen poate fi o introducere utilă pentru importante probleme ale psihopatologiei. Ipoteza unor capacităţi funcţionale psihice selecţionate evolutiv a căror deficienţă şi dezechilibru stă în spatele menifestărilor psihopatologice, poate fi reţinută ca o teză generală care face parte dintr-un important curent doctrinar actual. Iar felul în care el prezintă deficienţa dintre empatizare şi sistematizare, e intuitivă şi sugestivă.

*

* *

Modelele propuse de Baron-Cohen sunt aduse în discuţie deoarece ele exprimă tendinţa actuală de conceptualizare şi modelare a unor funcţii psihice globale. Aceasta a fost sugerată în cadrul psihologiei evoluţioniste de însăşi ideea de "modúl psihic adaptativ", care se transmite – cel puţin ca predispoziţie – genetic. Dar actuala abordare în care se înscrie şi proiectul lui Baron-Cohen depăşeşte această formulă modulară. Chiar la nivelul autismului unde s-au făcut iniţial cele mai importante cercetări experimentale privitoare la ToM, s-a evidenţiat deficitul şi a altor funcţii generale, cum ar fi "funcţiile executive" şi "funcţia (perceptivă) a coerenţei centrale" (Frith, Happé). În măsura în care astfel de funcţii psihice de ordin superior sunt bine modelate astfel încât să permită şi testări empirice, reprezentarea şi înţelegerea psihismului uman poate progresa evidnt, în rigoare şi complexitate.

Rămânând la cele două funcţii aduse în discuţie de Baron-Cohen o trecere în revistă comprehensivă poate evidenţia amploarea perspectivelor ce se deschid în faţa conceptualizărilor modelatoare şi a proiectelor de cercetare. Comentariile ce urmează se bazează pe jocurile lingvistice ale simţului comun, dezvoltat în dicţionarele standard.

- A sistematiza (funcţia de "a sistematiza") pe care o invocă

Baron-Cohen este o activitate umană teoretică şi practică ce se înscrie într-o direcţie sau clasă de acţiuni ce sunt etichetate prin expresii ca : a ordona, a clasifica, a asambla, a contrui, a organiza, a administra (gospodări), a realiza o expunere, un text, artefact, operă artistică. Toate aceste funcţii şi activităşti, până la un punct diferite, au multe lucruri comune, implicând o funcţie de ordine şi gravitând în jurul sistematizării invocate de Baron-Cohen. Trecerea lor în revistă pe scurt, sugerează şi felul în care ele ar fi implicate în diverse stări psihopatologice

Ordine şi ordonare. Faptul de a ordona are semnificaţii multiple, de la a face ordine în lucrurile personale, cele din jurm cele din casă, până la eşalonarea obiectelor după un criteriu, de ex. de mărime crescândă, aşa cum e sistemul numerelor naturale. Faptul de a fi ordonat e o trăsătură caracterială (corelată conştiinciozităţii) iar problematica ordinii se întâlneşte mai ales în patologia obsesiv compulsivă. Structurile de ordine fac parte din infrastructura gândirii iar dezorganizarea schizofrenă exprimă o perturbare globală a structurilor de ordine ale psihismului uman. Vorbirea, munca, programele culturale şi funcţionarea generală a vieţii socio-culturale presupune, în diverse incidenţe, funcţionarea ordinii. Clasificarea se referă de obicei la entităti existente, uneori abstracte. Ea se aplică colercţiilor şi mulţimilor ce au unele elemente comune. Astfel e clasificarea bolilor pe

care le etalează un sistem nosologico nosografic. Sistematizarea se referă la ordonarea unor obiecte, elemente, entităţi sau clase deja definite, în raport cu un criteriu, în vederea conturării unui ansamblu coerent, deseori ierarhizat. Uzul limbajului face trimitere la sistemele vii, înţelese ca organisme ce sunt "sistematizate" în specii. Dar şi la sisteme sociale: sistem familial, sisteme instituţionale. Pe lângă expresii ca "sisteme vii", "sisteme ecologice" se vorbeşte şi de "sistemul de predare din învăţământ" sau "munca sistematică". Calitatea unui om de a fi sistematizat e mai complexă decât a ceea de a fi ordonat. Expresia de sistem social poate avea mai multe înţelesuri, presupunând coeziunea "celor ce lucrează în sistem". Există şi noţiunea de sistem artificial, în aceasta incluzându-se maşinile, calculatoarele, automatele. Expresia de "a sistematiza cunoştinţele" se referă la pregătirea unui examen sau a unei expuneri. Se mai vorbeşte despre "filozofie sistematică" sau "teologie sistematică", de sistematizarea oaselor şi a teritoriilor. Funcţia psihologică de a sistematiza, pe care o invocă Baron-Cohen, se corelează cu toate aceste semnificaţii. Structura e o expresie ce derivă de la a construi. În construcţii există structuri de rezistenţă, structuri metalice etc. Dat fiind că expresia sugerează în primul rând ceva static, se folosesc termeni ca "structură dinamică", "structură funcţională". Prin procesul de construcţie se instituie o realitate nouă, bine şi coerent articulată interior. A organiza e o expresie intim corelată cu cea de organism şi organ. Ea se referă de obicei la realităţi umane de tip evenimenţial, cum ar fi o festivitate, un congres, un şantier. A administra şi a gospodări sunt preocupări şi activităţi umane complexe care implică persoana plasată într-o ierarhie socială, cu interacţiuni multiple. Ordinea, clasificarea, sistematizarea, organizarea, intervin cu toate pentru un bun management a unei instituţii.

Funcţia psihică a sistematizării pe care o invocă Baron-Cohen poate fi înţeleasă în sens retrâns, logico inteletual, sau într-un sens mai larg, ce se referă şi la activităţi practice, întreţesându-se progresiv cu funcţii ce presupun relaţionarea cu alţii. Dacă se vor elabora programe de cercetare mai ample corelate acestei funcţii, se cere ca ea să fie definită operaţional cât mai riguros.

- A empatiza este cea de a doua funcţie psihologică,

complementară, invocată de Baron-Cohen. Enpatia se polarizează predominent în aria tradiţionalei afectivităţ. Deşi, noţiunea a fost utilizată şi în sensul cognitiv, de a te transpune în mintea şi sufletul altui om pentru a-l înţelege mai bine, cât mai aproape de intimitatea subiectivităţii sale. Din recuzita noţiunilor ce fac trimitere la tradiţionala afectivitate, empatizarea e diferită de emotivitatea şi dispoziţia afectivă, fiind apropiată de conceptul de

ataşament. Tradiţional, e vorba de aria simpatiei , a afecţiunii şi dragostei (analizată fenomenologic de Max Scheller). Acest domeniu presupune "deschiderea receptantă" faţa de altul – agreabilitate – apropierea intersubiectivă de intimitatea celuilalt, "împărtăşirea" reciprocă a trăirilor în ansamblu. E vorba de un domeniu relaţional interpersonal aflat între ceea ce cognitivismul etichetează ca "perspectiva" (obiectivantă) a persoanei a treia. Deci, ar fi în discuţie o "perspectivă a persoanei a doua", care implică "comuniunea lui noi". Identificarea reciprocă, împărtăşirea trăirilor, rezonarea faţă de problemele celuilalt se manifestă, cu diverse intensităţi în această interpătrundere reciprocă a empatiei. În cazurile exemplare şi nucleare, se presupune o cunoaştere reciprocă tacită a intimităţii şi o influenţare reciprocă a atitudinilor şi deciziilor în cadrul acestei existenţe "duale", de identificare reciprocă. Dar, dependenţa reciprocă poate să se desfăşoare nu doar în varianta simetrică a afecţiunii (dragostei); ci şi în asimetria raportului de dominaţie sumisiune. Această situaţie centrată pe decizie şi voliţie, alunecă însă în afara orbitei iniţiale a noţiunii de empatie.

Utilizarea conceptului de empatie de către Baron-Cohen este una care presupune şi cognitivitate, afectivitate şi voliţie. În varianta sa, mai e comentată însă perspectiva antropologică a "împărtăşirii" echilibrate, pe care o presupune relaţionarea simetrică de tip "noi", în raport cu interinfluenţarea intimă după schema dominaţie/sumisiune. Un eventual proiect de cercetare mai amplu, ar pretinde şi în acest caz definiţii operaţionale cât mai precise.

Direcţia actuală de cercetare care face apel la funcţii psihice de ordin general e deosebit de promiţătoare. Mai ales că, pot intra în obiectiv şi funcţii integratoare şi sintetice de tipul funcţiilor executive şi a coerenţei centrale perceptive. Probabil că operaţionalizarea unei "funcţii generale a coerenţei centrale" – cu subdiviziuni de tip "fractali"reformulati.în diverse instanţe psihice – va aduce importante contribuţii în psihologia şi psihopatologia umană.

Anexa II
Diagrama intim public a subiectivităţii persoanei conştiente în istoria Europei.

1. Subiectivitatea în istoria spirituală a Europei

Hegel, în „Prelegeri de Estetică”, comentează o diferenţă între arta clasică greacă şi arta romantică, denumire sub care plasează cultura Europei creştine. În prima, susţine el, totul se petrece în exterioritate, lipseşte privirea care exprimă interioritatea subiectului prin oglinda ochilor. Omul european, cel despre care ne stau mărturie portretele şi autoportretele ce încep să se afirme din Renaştere, are un suflet ce se frământă mult în adâncimile sale. Fapt pe care potretistica îl filtrează subtil. Frământare ce era de altfel intens cultivată în vremea romantismului. Hegel invocă religia creştină ca modelator al acestei subiectivităţi, începând cu vremea Confesiunilor lui Augustin. Pe terenul pregătit în lumea greco-romană de stoici, care îndeamnă la „grija faţă de sine”, creştinismul şi întreaga ideologie a Bibliei dezvoltă un om ce se interiorizează, care-şi cultivă subiectivitatea. Dumnezeul iudeo-creştin este unul „personal”, ce se cere invocat în intimitate.

În Vechiul Testament, Dumnezeu după ce creează lumea în stil antropomorf prin „decrete” iar pe om „după chipul şi asemănarea sa”, i se adresează acestuia direct, de exemplu când îl alungă din Rai. Pe urmă, comunică nemijlocit cu omul „ales de el” poruncindu-I, de ex. lui Iacob în vis, să-şi omoare fiul. Moise primeşte Tablele Legii tot printr-un contact direct şi personal cu Dumnezeu în singurătatea de pe muntele Sinai. Iar David, i se adresează personal, în Psalmi. Creştinismul preia acest mesaj antropomorf şi-l amplifică. Dumnezeu se întrupează chiar într-un om istoric şi moare pe cruce. El propăvăduieşte că păcatul se poate săvârşi nu doar cu fapta ci şi cu gândul:

Matei 5.27:”Aţi auzit că s-a zis celor din vechime „să nu preacurveşti” 5.28

Dar eu vă spun că oricine se uită la o femeie, ca să o poftească, a şi preacurvit cu ea în inima lui”.

Rugăciunea de asemenea se poate şi chiar se recomandă să se facă în intimitate:

Matei 6. „Ci tu, când te rogi, intră în odăiţa ta, încuie uşa şi roagă-te în ascuns şi Tatăl tău care vede în ascuns, te va răsplăti”.

Rugăciunea în singurătate se adresează unei persoane similiumane, chiar dacă Dumnezeul creştin are, în unitatea sa, trei ipostaze. Unui astfel de Dumenzeu personificat i s-au rugat primii pustinici din Egipt, în urma lui

Antonie cel Mare. Lui i s-au adresat toţi credincioşii, călugării şi sfinţii. Sfintele şi-l reprezentau cu pregnanţă pe „logodnicul ceresc" Iisus. Iar Sfîntul Francisc s-a identificat cu El până la a-i prelua stigmatele.

Cultivarea şi dezvoltarea subiectivităţii se conjugă în creştinism cu asimilarea conceptului socio-juridic de persoană, pe care lumea elenistă şi romană îl lansează în aceea perioadă. Conceptul de persoană se referă la instanţa publică a relaţiei dintre oameni, la re-prezentarea lor. Cuvântul însuşi de "persona" derivă de la masca teatrală. Creştinismul ascedent acceptă în sec. IV conceptul de persoană în dogmatica sa, el fiind ataşat celor trei ipostaze ale lui Dumnezeu care se iubesc între ele din eternitate. Se instituie astfel o diagramă intim-public care va marca istoria Europei. Acesta e momentul când în sec. V se afirmă Augustin amprentând ideologia creştină prin paradigmatica afirmare publică a intimităţii biografiei şi conversiunii sale. Ulterior, în zorii Renaşterii, lumea lui Petrarca şi a lui Montaigne învaţă cultura să fie atentă la problematica intimităţii. Iar Europa postrenascentistă va cultiva nu doar portretele şi autoportretele, ci şi autobiografiile, jurnalele intime, confesiunile. În această atmosferă romanul european e un excelent laborator pentru analiza vieţii intime a eroilor. Iar protestatismul pune un nou accent pe subiectivitatea conştiinţei şi intimităţii, zonă în care poate fi descoperită graţia lui Dumnezeu. În sfârşit, Descartes formulează îndoiala metodică a persoanei conştiente, care ajung să caute temeiurile certitudinii – împotriva imposibilităţii criteriului, pe care o invocau scepticii – în însăşi certitudinea de sine a conştiinţei intime. Acest demers ar fi fost cu totul de neînţeles pentru vechii filosofi greci. Cum de neînţeles ar fi fost şi distincţia ce o face Hegel între arta clasică şi cea romantică, ultima dimensională prin subiectivitate şi privire.

2. <u>Conceptul european de conştiinţă</u>

Se consideră că nu există noţiunii elaborate în gândirtea greco romană pentru ceea ce s-a impus în modernitatea Europei ca şi concept al conştiinţei. Termen devenit popular şi intrat în jocul lingvistic al vieţii de zi cu zi.

Toate expresiile care au gravitat în jurul conceptului de conştiinţă, implică cunoaşterea şi raportarea la sine. În greacă cele mai multe expresii de acest gen implică rădăcina "sun", apoi "sunai", cu multe contexte de afirmare; dar fără o noţiune generală stabilă. În latină termenul "conscientia" şi "conscious" sunt utilizate în context juridic. Şi apoi moral, de către Cicero, cu referire la "forumul interior". Părinţii bisericii identifică conscientia ca subordonată noţiunii mai fundamentale de memorie. Scolastica utilizează o noţiune compozită – syntheresis. Iar conscientia apare

ca termen mediu într-un silogism practic. Conceptul se impune în Europa, într-un prim val, prin Luther şi Reformă.

Pentru Luther, “inventatorul lui Gewissen”, această conştiinţă era locul credinţei şi al contactului cu Dumnezeu, toposul în care putea coborâ graţia divină. Şi în care puteai obţine certitudinea. Intr-un sens aproximativ similar utilizează Calvin termenul de “conscience”, ca un loc interior al credinţei. Tot acum anabaptiştii inventează “obiecţia de conştiinţă”. Până după Descartes, conceptul de conştiinţă nu are rezonanţă în filozofie.

Impunerea conştiinţei în metafizică – şi apoi în limbajul curent - poate fi considerată o consecinţă a cogito-ului Cartesian. Deşi, Descartes, nu a folosit deloc cuvântul conştiinţă în scrierile sale în limba franceză; şi-l menţionează doar o dată în cele de limbă latină. Istoria relativ ciudată a mersului ideilor face ca Locke, în a doua ediţie din “Essay on Human Understanding” (1694) să folosească neologismul “consciousness”, pe care-l preia de la Gudworth (1678). Locke, favorabil până la un punct cogito-ului Cartesian, aprofundează relaţia dintre conştiinţă şi “simţul intern” descris ca memorie, într-un fel de laicizare a tezelor augustiniene. Conştiinţa, identică cu ea însăşi în fluxul continuu al percepţiilor sale, poate să funcţioneze astfel ca operator a unei recunoaşteri de sine. Prin ea un individ se poate considera “el însuşi”. Un “acelaşi” sau un Self – sine. Cartea lui Locke a fost tradusă în franceză de către Pierre Coste în 1700, cu colaborarea autorului. Iar pentru expresia “consciousness” traducătorul optează, în cele din urmă, să folosească expresia “conscience”, care este astfel reconceptualizată în limba franceză. În care nu avea până atunci o utilizare pregnantă, vehiculând un vag sens moral. Întreaga Europă l-a citit pe Locke în franceză, limba internaţională a culturii vremii. Şi astfel conceptul de conştiinţă e asimilat de metafizică.

În germană, termenul similar de Bewusstsein s-a impus tot în sec.XVIII-lea, prin Wolf. Elaborând psihologia raţională (1719) acesta î-l corelează de asemenea cu simţul intern, cel al timpului. Conceptul a fost folosit de metafizica Aufklärang-ului, devenind pregnant în cele din urmă prin Kant, odată cu Critica Raţiunii Pure. În aceeaşi lucrare, el se corelează cu “eul”, cu Ich, ca Ichbewusstsein şi Selbstbewusstsein, făcând apel şi la “apercepţia transcedentală”. Fichte pune accentul pe Ich. Iar Hegel, în Fenomenologia spiritului, utilizează întreaga recuzită a termenilor ce se referă la conştiinţă, inclusiv pe Gewissen, care primeşte acum conotaţii filosofice. Jaspers gândeşte în termeni kantieni a lui Ich (selbst) bewusstsein. Ulterior, filosofia sec.XX se mai opreşte odată la conştiinţă şi eu, odată cu fenomenologia lui Husserl. Heidegger nu foloseşte însă expresia de Bewusstsein, ci pe tradiţionalul Gewissen a lui Luther, reconceptualizat într-

un înţeles special de “trezire” ontologică spre autenticitate. Existenţialismul francez recurge la un înţeles al conştiinţei ce derivă din Main de Biran, făcând trimitere la corp, la efortul acestuia. Conştiinţa rămâne un termen generic, în acelaşi timp al limbajului comun şi al filozofiei, pe care filosofia minţii continuă să-l utilizeze. Dar fără varietăţile de semnificaţie cu care era încărcat în trecut. Conceptul de Self se păstrează însă în ştiinţele ce studiază omul, chiar cu indici de revitalizare.

Din recuzita de termeni asociaţi conştiinţei face parte şi englezescul “awerness”, o veche expresie ce semnifică : a fi treaz, stăpân pe sine, a-şi da seama. Psihologia are oricum nevoie să distingă între starea de vigilitate (a conştienţei) - ce prelungeşte o funcţie biologică, şi conştiinţa de sine a propriei identităţi şi raportări reflexive la lume, care e o funcţie antropologică.

3. Controlul public al subiectivităţii

Pentru a se ridica problema pe care şi-o pune psihopatologia în cazul paranoidiei:„cine şi cum controlează ceea ce se petrece în instanţa intimă a subiectivităţii ?”, trebuie mai întâi ca această instanţă să existe ca temă şi problemă. Ori, în Europa forjată prin doctrina iudeo creştină, instanţa intimă a sinelui s-a edificat progresiv. Atât ca loc al deciziei şi trecere la act prin asumare responsabilă, prin „liber arbitru”. Cât şi ca zonă a păstrării „secretului personal”, pe care nu-l poate cunoaşte din exterior o altă instanţă umană, decât dacă există acordul intim al subiectului. Sentimentul „apartenenţei la sine” a zonei intime a subiectivităţii, s-a dezvoltat până la nivelul în care zona publică a persoanei putea fi una a prefăcătoriei, minciunii, ipocriziei şi relei credinţe. Acest ecart antropologic este cel care a susţinut ceea ce existenţialiştii din sec. XX au numit “duplicitate umană”.

Tradiţional, accesul la ceea ce în Europa a devenit zona intimă a conştiinţei, a fost în diverse locuri resimţit ca posibil, din partea unor fiinţe supranaturale. Pentru religia iudeo creştină, Dumnezeul Vechiului Testament este declarat atoatevăzător şi atoatecunoscător. Dar nu instantaneu şi de la sine înţeles. Ci printr-un proces ce se desfăşoară în etape. Astfel El „ia cunoştinţă” de încălcarea normei impuse lui Adam şi Eva şi decide să-i alunge din Rai. Apoi, pe pământ, în prima generaţie de oameni, după ce Cain îl omoară pe Abel şi fuge la est de Eden, Dumnezeu îl vede oriunde s-ar ascunde, activându-şi astfel o potenţialitate latentă. Ochiul atoatevăzător a lui Dumnezeu tatăl, a devenit şi simbolul acestuia în creştinism, figurat ca atare în biserică. Totuşi muritorii creaţi, trebuie să se raporteze personal la acest Dumnezeu atoateştiutor, pentru a-i mărturisi păcatele. În creştinism, subiectul trebuie să se reculeagă, să-şi facă un

examen de conştiinţă, să identifice ceea ce a păcătuit cu fapta şi cu gândul. Şi să-şi mărturisească greşelile în manieră semipublică, spovedindu-se reprezentantului lui Dumnezeu pe pământ, preotului, confesorului.

În cultura greacă lucrurile stăteau altfel. În tot pantheonul grecesc umanizat, îl întâlnim ca supraveghetor doar pe Argus, care-şi foloseşte cei o sută de ochi pentru a o avea în vedere tot timpul pe Io. În ceea ce priveşte controlul voinţei, întâlnim doar daimonul lui Socrate, care-l împiedică să intre în politică, pentru a dezvolta o morală bazată pe decizia liberă şi cultivarea valorilor. Şi încă, în altă perspectivă, unii oameni puteau fi „locuiţi" temporar de către un Zeu care-şi făcea lucrarea prin ei, ridicându-i prin „entuziasm" la zonele creaţiei.

În creştinism Dumnezeu nu dirijează direct oamenii în acţiunile lor. Şi nici nu le acordă vreo putere specială asupra intimităţii altora, în calitatea lor de oameni. În Renaştere, într-o perioadă în care omul a încercat să se afirme ceva mai indepedent şi mai puţin smerit în raport cu Dumnezeu cultivând „De homini dignitate", el a încercat să-şi exercite influenţa la distanţă asupra altor oameni, invocând însă magia. Şi pactul cu unele forţe supranaturale, inclusiv demonice. Un caz exemplar e cel al lui Giordano Bruno, care a teoretizat influenţarea la distanţă a mari mase de oameni prin manipularea erosului, a legăturilor afective în general („De vinculum" în general). Arta manipulării oamenilor e declarată de Bruno o ştiinţă. Şi ea a devenit realmente o ştiinţă nu doar prin propaganda iezuiţilor şi a emisarilor ideologiei oficiale din societăţile totalitare, ci şi prin tehnicile de massmedia actuale. Culianu scrie:

> *„ Magicianul se ocupă astăzi de relaţii publice, de propagandă, de prospecţia pieţii, de anchete sociologice, de informaţii, de contrainformaţii, de cenzură, de operaţii de spionaj şi chiar de criptografie, această ştiinţă fiind, în sec. al XVI-lea o ramură a magiei ..... Această figură cheie a societăţii actuale nu reprezintă decât o prelungire a manipulatorului brunian, ale cărui principii le urmează având grijă să le dea forme impersonale ..... Pe nedrept istoricii au tras concluzia dispariţiei magiei odată cu apariţia „ştiinţei cantitative". Dimpotrivă, nimic nu a înlocuit magia pe terenul care îi e propriu, acela a relaţiilor intersubiective"*.

Psihosociologia actuală evidenţiază faptul că „sinele nuclear" al persoanei, care localizează sentimentul subiectului că intenţiile şi deciziile personale depind în ultimă instanţă de el însuşi, se dezvoltă într-o atmosferă umană în care subiectul e de fapt în permanenţă influenţat de către alţii, de forţe publice impersonale în ceea ce crede, decide şi face. Acelaşi lucru a devenit evident şi în perspectiva psihodevelopmentală, Din primul an postnatal copilul mic e sub controlul decizional direct al mamei, al părinţilor. Apoi a educatorilor şi diverselor instanţe instituţionale. Ca adult el stă continuu sub presiunea diverselor nivele de forţe, ce-i transmit

continuu imperative deontice, lăsându-i, bineînţeles şi unele permisivităţi. Universul relaţiilor interpersonal sociale ale subiectului, e punctat în viaţa de zi cu zi de sugestii, recomandări, îndemnuri. Astfel încât propaganda politică şi cea comercială, desfăşurate de mass-media actuală, nu aduce de fapt nimica nou. În acest context al deciziilor şi influenţelor sociale ierarhizate ce acţionează asupra propriilor decizii motivaţionale intime, subiectul îşi păstrează totuşi, în sinea sa, sentimentul „fundării în sine" a deciziilor sale. Aşa cum s-a dezvoltat el peste un milion de ani, păstrându-se în ultimii 10.000 ani ai neoliticului şi istoriei, amplificându-se în perioada creştinismului, ce a susţinut ideia liberului arbitru şi a responsabilităţii culpei.

În paralel, în perspectiva păstrării secretului personal, Europa din jurul perioadei Renaşterii, a fost deosebit de activă în dezvoltarea tehnicilor „anchetei", în vederea întocmirii „dosarelor de caz" de care avea nevoie Inchiziţia. Se dezvoltă astfel în paralel două arii de investigare.Studierea „cazurilor Naturii" pe care o teoretizează Bacon în Novum Organon. Şi cercetarea „cazurilor umane", ce urmau să apară în faţa tribunalelor inchiziţionale. Pentru finalizarea unui astfel de dosar, erau necesare mărturii. Inclusiv mărturisirea inculpatului. Fapt ce se putea obţine prin tortură. De atunci şi până în prezent, tortura fizică şi morală, incluzând şantajul, s-a impus ca o tehnică de obţinere a unor mărturii şi declaraţii de care anchetatorii oficiali aveau nevoie. A unor mărturisiri despre lucruri pe care subiectul dorea şi voia să le menţină în zona intim personală a secretului subiectiv. A secretului pe care îl împărtăşeşte doar cu puţine persoane.

În continuare, Europa de după Renaştere, cea care a cultivat ordinea Raţiunii „luminilor", a organizat constant şi progresiv un sistem de supraveghere publică a cetăţeanului. Statul – demonstrează Foucault – stimulează pe toate căile ordonarea şi supravegherea continuă a populaţiei, în toate momentele şi locurile existenţei sale. Şcoala, internatele, locurile de muncă, clinica medicală – şi bineînţeles spitalele de psihiatrie – viaţa publică în diversele sale ipostaze pe care le are în vedere poliţia de stat, toate plasează simplul cetăţean în centrul unui focar de supervizare.

Simbolul acestui sistem l-ar constitui „panopticum-ul" lui Bethaan. (citat de Foucault). În esenţă „panopticum-ul" se referă la un fel de închisoare în care indivizii stau în camere fără pereţi despărţitori înspre exterior şi în permanenţă luminate astfel încât oricine, orice om din societatea civilă, poate vedea oricând, zi şi noapte, în orice moment al vieţii, ce fac aceşti indivizi claustraţi, inclusiv în toate momentele intime ale existenţei lor. Nu e vorba acum de faptul că anumite organe specializate în

securitatea publică - de ex. cele de contraspionaj - se ocupă de unele cazuri speciale, cum ar fi cele ale unui presupus spion. În viziunea ce ne-o relevă Foucault, toţi cetăţenii statului din Europa modernităţii sunt supuşi unui proces de supraveghere continuă. Ceea ce s-a petrecut în statele totalitare ar fi fost doar caricatura acestui sistem. Supravegherea şi „examinarea" continuă sunt un principiu al civilizaţiei în discuţie. Desigur, există împrejurări speciale şi specifice în care se desfăşoară „examene": examinarea în cadrul cursurilor şcolare, examinarea bolnavilor în clinică – şi mai ales în spitalele de psihiatrie – examinarea inculpatului într-un proces, în cadrul căruia acestuia i se întocmeşte un dosar. Dar examinarea şi examenul, de data aceasta nu examenul intim de conştiinţă ci unul public ce dublează un dosar de caz ce cuprinde o minibiografie, devine un principiu de funcţionare al societăţii creştine al Europei. Şi el va persista dealungul sec.XX, dincolo de sistemul funcţionarilor ce alcătuiesc şi gestionează arhive cu dosare ale cetăţenilor în statele totalitare. Peste tot funcţionează şi în prezent câte un serviciu de „personal" care solicită, evaluează şi păstrează un„curiculum vitae", un c.v., a celor ce concurează pentru o funcţie publică, câştigă o poziţie socială şi funcţionează în rolul social respectiv.

Serviciile de personal actuale sunt interesate în primul rând de perfomanţele publice ale angajatului. Dar sistemul de supraveghere avut în vedere s-a dezvoltat pentru a face faţă unei „supravegheri totale", care se poate extinde şi în zona privată a vieţii personale. Tocmai această orientare, specifică serviciilor de spionaj, a făcut să devină monstruoasă modalitatea în care regimurile totalitare au practicat acest sistem european. Sistem de supraveghere a cetăţeanului de către stat care a expandat apoi în toată lumea modernă. Controlul public s-a extins în ţările totalitare asupra zonei intimităţii, a celei familiale şi a relaţiilor interpersonale particulare, care ţin de ordinea secretului persoanl şi al pudorii. Supravegherea se poate extinde – şi s-a extins – asupra întâlnirilor şi discuţiilor private, a corespondenţei, a celor ce se întâmplă „între cei patru pereţi ai casei proprii". Dacă aceste zone sunt accesate de către instituţii publice, sunt vizualizate şi înregistrate, obiectivate astfel încât ajung „piese de dosar", atunci polarizarea între intim şi public se prăbuşeşte. Sau devine o chestiune extrem de tensionată. Căci, chiar în raport cu transcedenţa, zona intimă a secretului personal, al păcatului, trebuia cernută de către conştiinţa subiectului. Iar acesta decide el însuşi, ce mărturiseşte la spovedania sa către Dumnezeu, prin intermediul preotului, întru iertarea păcatelor.

Europa politico-juridică a sesizat această structură socială a modernităţii şi a reacţionat printr-o politică de protecţie a intimităţii

persoanei, a dreptului persoanei la intimitate. Polaritatea între zona intimă şi cea publică a existenţei umane, pe care civilizaţia creştină a Europei a cultivat-o, pe care ea s-a clădit, s-a păstrat în esenţă până în ultimele decenii.

4. Conştiinţa în sec.XX

Secolul XX începe cu alte accente decât sec.XIX asupra aspectului psihismului uman ce a fost numit de modernitate "conştiinţă". Unele din aspectele acesteia par a se corela cu tehnologia logosului, mai precis cu scrisul şi cititul. Conştiinţa s-a afirmat în spiritualitatea Europei pe măsură ce lectura s-a impus. Şi mai ales după ce tehnologia tiparului, alfabetizarea şi lectura solitară au amplificat potenţialităţile unei existenţe subiectiv private, opusă celei publice, în care predomină comunicarea mimico-gestuală. Desigur această polarizare e mai veche, mai bazală, ea corelându-se în primul rand cu cea dintre spaţiul de existenţă în familie şi cel în comunitatea practicilor sociale. La fel, la ea a putut contribui rugăciunea solitară. Si nu este întâmplător că unul din aspectele ecloziunii europene a conştiinţei, a fost sub forma lui Gewissen, ca loc de întâlnire a lui Dumnezeu în adâncurile conştiinţei, aşa cum aceasta a fost cultivată de Reformă.

Ţinând cont de această perspectivă, modificările din tehnologia logosului pe care le-a adus sec.XX, sunt de natură să modifice situaţia. Telefonul şi televizorul crează breşe puternice în aspectele de retragere intimă, ale subiectivităţii conştiinţei. Mai ales telefonul mobil şi skype-ul permit o proximitate cu altul, în aria reprezentărilor imaginative. Televizorul pe de altă parte, mută naraţiunea în exterior. Şi o scoate din parametrii unui spectru bine încadrat de normele unui ritual social, asemănător celui sacral. Viaţa publică intră în intimitatea casei şi se desfăşoară în paralel cu multe alte activităţi personale, subminând distanţa tradiţională dintre intim şi public.

În acest condiţii profunzimea intimităţii conştiinţei se aplatizează. Psihismul se desfăşoară tot mai mult în exterioritate. Iar contemporaneitatea se desarticulează de toposurile special amenajate. Precum şi de zonele de contemplaţie meditativă privilegiate. Schimbările sunt desigur statistice. Dar consecinţele lor asupra psihismului individual e imposibil să nu se manifeste. Dacă se adaugă şi orientarea explicită a existenţei personale spre împlinirea constantă de noi proiecte, reducându-se timpul reculegerii meditative, e de aşteptat ca o parte din aspectele tradiţionale ale dimensiunii conştiente a psihismului uman să se modifice.

5. Structura sinelui subietciv şi relaţionările interpersonale ale subiectului

Ansamblul procesului istorico-cultural al civilizaţiei Europei, bazat pe

ideologia iudeo creştină, a condus la dezvoltarea unor persoane în a căror psihism polarizarea între intim şi public apare ca un ax esenţial. Acest ax ordonează psihismul în perspectiva subiectivităţii sale resimţite conştient. Pe de altă parte, el e un reflex al realităţii relaţionărilor interpersonal sociale pe care individul le trăieşte de-a lungul vieţii. În acelaşi timp, acesta jalonează infrastructura spaţio-temporală ce susţine identitatea şi realitatea psihismului individual. Între cei doi poli extremi, cel al sinelui intim şi cel al persoanei publice, subiectul plasează poziţionarea altor persoane reale, pe care le ştie la diverse „distanţe" interpersonale. Acestea sunt în mare măsură „distanţe afective". Dar semnificaţia lor e de fapt general antrpologică. Subiectul, care d.p.d.v. spaţial poate fi considerat – metaforic vorbind – ca „fundat şi înrădăcinat în sine, pe solul lumii sale umane date", se aşează în diverse „poziţionări atitudinale", care plasează pe „celălalt" – pe alteregoul său – la o distanţă mai apropiată sau mai îndepărtată. În plus, e vorba de procese ce se desfăşoară în timp, prin care „celălalt" poate să se apropie sau să se depărteze de subiect.

Atât în interiroul subiectivităţii centrate de sinele nuclear cât şi în exterioritatea relaţionărilor interpersonale sociale efective, alte persoane se plasează în raport cu subietcul la diverse „distanţe" psihologice. Cea mai apropiată e cea a ataşamentului şi interpătrunderiii intersubietcive fuzionale, aşa cum se întâmplă în dragoste. Aceasta e o relaţie în care celălalt e resimţit ca prezent, ca aproapiat oricât de departe ar fi fizic. E una a rezonării afective reciproce, a unei existenţe duale, a „noi-tăţii"(„wirheit" în germană). Prin ea subiectul se amplifică existenţial. Începutul unui astfel de tip de relaţie are loc în însăşi perioada formării şi delimitării sinelui prin relaţia de ataşament de la sfârşitul primului an. Fenomenul implică şi introjectarea imagoului celuilalt, astfel încât acesta ajunge să facă parte din dimensiunea interioară a propriului psihism. Acest proces continuă de-a lungul vieţii, astfel încât „alţii", care sunt introjectaţi, ajung să se plaseze în diverse locuri în arhitectonica relaţională interioară; prin filtrul căreia se realizează apoi toate relaţionările circumstanţiale. În această structură internă a psihismului, „alţii" se află în poziţii semnalate în schema menţionată: poziţii de familiaritate, de cunoştinţe relative, poziţii oficiale sau de indiferenţă.

Distanţele interpersonale sunt implicate într-un proces ce se desfăşoară întreaga viaţă, de apropiere şi îndepărtare sufletească faţă de subiect. O persoană necunoscută poate deveni cunoscută, familială, intimă, poate ajunge în poziţia fuzională a dragostei. Apoi se poate petrece o îndepărtare sufletească. Ea sau rămâne doar prieten mai mult sau mai puţin apropiat; sau devine duşman; sau devine o persoană indiferentă

pentru subiect, un „oricine”.

Aceste procese, care în esenţă sunt afective, se corelează cu o poziţionare atitudinală a subiectului care poate fi: - de deschiderea receptivă, cu invitare la apropiere, chemare, cu avansuri, etc.; - o atitudine de „ţinere la distanţă” psihică prin care se permite apropierea de propria intimitate doar până la un punct; - o atitudine de menţinere a celuilalt tot timpul la o distanţă oficială; - o atitudine explicită de îndepărtare; - o atitudine de indiferenţă. Poziţionarea atitudinală în raport cu ceilalţi se corelează cu atitudinea subiectului faţă de sine, cu interpretarea şi autoevaluarea care şi-o face. Încrederea în sine optimistă şi buna părere depsre sine face ca relaţionările sale să fie mai superficiale, cu expectanţa de a fi apreciat şi lăudat de cât mai mulţi. La fel, în cazul autodeprecierii exagerate, când ceilalţi sunt în mod global considerată mai merituoşi, cu drept de a-l judeca pe subiect. Sau, în cazul nesiguranţei şi neîncrederii în sine, ce conduce la sentimentul că toţi ceilalţi sunt posibil sau potenţial ostili, duşmani. Aceste „momente” ale unor poziţionări atitudinale, ce fac parte din dinamica relaţională firească, suspendă pentru moment dimensiunea mai largă temporală a legăturilor afective, de obicei intime, ale prieteniei şi dragostei. Aspectul de „adâncime” şi „durată” a unei relaţionări interpersonale cum e dragostea, are - lingvistic vorbind - o „conotaţie” spaţio-temporală. Fenomenologic el este însă şi o realitate antropologică distinctă de cea indicată prin expresia de „dispoziţie de moment”: euforică, depresivă sau suspicioasă. Dacă însă aceste „dispoziţii de moment” câştigă teren şi se impun pentru o durată mai lungă, ele aplatizează psihopatologic – adică cu sens de minus, disfuncţie – „adîncimea” şi „durata” legăturilor omeneşti interpersonale normale.

Tulburările „dispoziţiilor afective” de tipul maniei, depresiei sau nesiguranţei neîncrezătoare a paranoidiei, stau la baza unor stări psihopatologice. Ele implică distorsiunea raportării spaţio-temporale a subiectului faţă de ceialalţi, concomitent cu o distorsiune a raportării atitudinale faţă de sine. O perturbare a raportărilor interpersonale stă şi la baza tulburărilor de personalitate.

Anexa III

Utilitatea conceptului de sine (Self) si a psihologiei adiacente pentru psihopatologie

1. O doctrină a sinelui (Self =S) e pe cale să se închege pentru psihologie şi psihopatologie prin dezvoltarea ştiinţelor cognitive, a filosofiei minţii şi relansarea fenomenologiei.

Psihopatologia, după ce s-a dezvoltat în varianta descriptivă în a doua jumătate a sec.XIX, fapt ce a permis sistematizări nosologice ca cea a lui Kraepelin, a descoperit la cumpăna cu sec.XX "conştiinţa" cu subiectivitatea ei. Psihopatologia clinică ce s-a impus prin Jaspers a avut în centrul său subiectivitatea conştiinţei eului. Această perspectivă s-a menţinut până în a doua treime a secolului, încheindu-se prin încercarea de sinteză a lui Ey. Cartea intitulată "Conştiinţa" a lui H.Ey este un simbol al acestei psihopatologii clinice centrată de conştiinţă, care s-a dezvoltat în paralel cu psihanaliza şi fenomenologia, având ca partener în psihologie doar configuraţionismul (gestaltismul). Ceea ce a impus DSM-III (1980) şi variantele sale ulterioare, a fost părăsirea acestei paradigme printr-o abordare a psihopatologiei clinice predominant pragmatică şi operaţională, cu orientare doctrinară comportamentalistă şi cognitivistă. Dezvoltarea ulterioară a cognitivismului spre conjuncţia cu fenomenologia şi apoi cu doctrinele developmentală şi evoluţionistă au aşezat pe locul fostei conştiinţe problematica sinelui.

Sinele (S) ca şi concept nu a jucat un rol important în psihopatologia clinică clasică. El are totuşi o importantă tradiţie în gândirea anglo-saxonă, fiind invocat de Locke, împreună cu conştiinţa. Iar mai recent de pragmatistul James (1890) care face importanta distincţie între Eu (I) şi Mie, al meu (Me). Conceptul de S impune relativ recent prin cognitivism şi filosofia minţii. Şi, pornind de aici, îşi face loc în psihopatologia actuală.

Termenul de sine (ca "Selbst") a fost utilizat în filosofie şi în psihopatologia clasică germană, în primul rând alături de cel de Eu (Ich) şi de conştiinţă (Bewusstsein) : "Ich selbst", "Selbst bewusstsein". Aşa apare el la Jaspers. În psihopatologia secolului XX se întâlneşte la Jung, care foloseşte expresia Selbst, ca termen pentru sinteza întregii vieţi psihice a subiectului, termenii de conştiinţă şi de persoană având la el semnificaţii limitate. În psihanaliză s-a încercat de asemenea folosirea sa în unele elaborări, cum ar fi cea a lui Knought.

Utilizarea recentă a conceptului de self- sine, S - în cognitivism, este solidară cu distincţia între : - Perspectiva persoanei întâi, care se referă la

trăirile conştient subiective, intime; - Perspectiva persoanei a treia, care se referă la o abordare obiectivantă, în zona experienţelor publice reproductibile. Această abordare nu aduce în discuţie o "perspectivă a persoanei a doua". Care totuşi, ar fi funcţională pentru comentarea ataşamentului şi psihoterapiei. Utilitatea actualului concept de S constă în funcţionalitatea sa, care permite să fie aplicat în neuroştiinţe şi la nivelul studiilor de psihologie animală, concomitent cu utilizarea sa în sociologie, ştiinţe juridice, etică şi filosofie. El a putut fi asimilat de asemenea şi de personologie şi fenomenologie, jucând un rol crescând în psihologie. Totuşi, utilizarea intensivă a lui S, nu a eliminat conceptele adiacente de conştiinţă, subiectivitate, eu, persoană, ce se folosesc concomitent, de obicei fără definiţii operaţionale care să precizeze diferenţele sau nuanţele de semnificaţie.

Pentru psihopatologie, noţiunea de S poate constitui un centru de acumulare pentru agregarea cunoştinţelor psihologice despre persoana umană, într-o configuraţie care să îi fie utilă. O astfel de psihologie practic nu există în prezent, ca elaborare sistematică. Şi e discutabil dacă ea se va putea constitui ca o individualitate pregnantă. Psihologia ca ştiinţa adună cunoştinte dintr-o serie de domenii congruente, fiind susţinută de variate metodologii şi doctrine. Psihopatologiei i-ar servi un construct psihologic abordat fenomenal, psihologico-existenţial, care să fie deschis evaluărilor cantitative şi asimilării datelor evoluţioniste, developmentale şi experimentale.

Fenomenologia, strict vorbind, este o metodă, care are ca punct de plecare trăirile conştiente. Ea nu a produs o psihologie validă şi un concept consistent al S. Actuala sa legătură cu ştiinţele psihologice se face predominant prin cognitivism. Care, pe lângă faptul că se bazează pe neuroştiinţe, acceptă perspectiva subiectivă a persoanei întâi. Integrarea acestei abordări cognitiviste în psihologia developmentală şi evoluţionistă, marchează în prezent principala arie de manifestări personologice ale psihanalizei şi caracteriologiei. Psihologia de care are nevoie psihopatologia se cere configurată ca un mediu referenţial, la intersecţia doctrinelor sale actuale şi tradiţionale. O astfel de psihologie ar fi în mod constant una funcţională, raportată la problemele pe care stările psihopatologice le ridică, evidenţiind infrastructura psihismului persoanei conştiente. Ea ar corespunde astfel problemelor medicinei psihiatrice. Dar ea ar ura să fie şi una cu deschidere "existenţială", care ţine cont de problemele şi modalităţile de manifestare efectivă ale omului în viaţa curentă, în mijlocul comunităţii şi al socio-culturii. Şi, în plus, o astfel de psihologie nu ar putea fi indemnă faţă

de aspectele general antropologice şi filozofice, pe care existenţa persoanei umane le relevă şi le ocazionează, inclusiv în ipostaza ei psihopatologică.

Aspecte ale existenţei persoanei care ar fi importante pentru schiţarea unui câmp psihologic referenţial util psihopatologiei şi centrat, sunt prezentate în Tabelul I.

Abordarea S ca centru de agregare a tematicii psihologice pentru uz psihopatologic necesită un scurt comentariu prealabil; adică prolegomene. Cele mai importante teme sunt :

- Psihism biologic şi psihism uman. Psihismul a fost degajat teoretic ca o realitate şi o problemă de către Aristotel (pentru civilizaţia occidentală). În "De Anima" sufletul e tratat ca o caracteristică a fiinţelor vii, cel uman având o dimensiune suplimentară prin "nous" (intelect). Această psihologie a lui Aristotel a stat la baza gnoseologiei scolastice, urmată de psihologia raţională a lui Wolf, până la Kant. Actuala psihologie ştiinţifică fundată în sec.XIX, ca o ştiinţă experimentală de laborator, recunoaşte problematica psihismului animal. Elementele comune cu psihologia omului ar consta în : - referinţa bazală la funcţionarea creierului; - identificarea şi enumerarea unor funcţii psihice, care în esenţă sunt aceleaşi : atenţie, percepţie, memorie, motivaţie, ataşament, comportament cu scop etc; - relaţionarea în microgrup prin raporturile de dominanţă/supunere, afiliere/ostilitate; - înţelegerea modulară a selecţiei unor unităţi de comportament adaptativ.
- Orice comentariu asupra psihismului persoanei umane devine limitat şi fragmentar dacă se ignoră faptul că persoana reprezintă doar o parte, un pol al realităţii umane, ce e dimensionată şi prin instanţe suprapersonale. Între acestea se impun : - limbajul asertiv care desfăşoară instanţa narativ teoretică, în care se întalnesc eroi supraindividuali (de mit, epopee, ficţiune, istorie); - structura practicilor instituţionalizate, ghidate de norme şi valori (educaţie, justiţie, război, practică sacrală, practica muncii, practica teoretică şi artistică etc.). Psihismul persoanei este în permanenţă conectat interpersonal (intersubiectiv) în interiorul unor comunităti, organizate prin logos şi practici; şi care tradiţional invocă o instanţă transcendentă a fiinţei. Deşi instanţa personală a S este indispensabilă pentru caracterizarea existenţei umane, dimensiunea suprapersonală nu poate fi ignorată nici pentru

înţelegerea psihologiei normale a omului nici pentru psihopatologie.

- ❖ Conceptul de sine, S, s-a dezvoltat în cultura europeană împreună cu alte concepte care în diverse perioade au fost dominante. Şi anume : persoană, conştiinţă, eu, subiect/subiectivitate/experienţă. Plurisemia acestor concepte tradiţionale permite înţelesuri nuanţate ale noţiunii de S.
- ❖ Orice cunoaştere umană este istorială. Ea presupune o geneză istorică a culturii în care se desfăşoară. Cunoştinţele şi conceptele prealabile nu pot fi complet ignorate; ele se cer interpretate şi asimilate critic. Datele şi conceptualizările actuale, de exemplu în domeniul psihologiei persoanei umane şi a psihopatologiei ei, nu pot fi absolutizate. Ele se cer bine fundamentate ştiinţific actual şi deschise spre dezvoltări ulterioare.
- ❖ Omul, aşa cum este înţeles în prezent, s-a dezvoltat în interiorul vieţii superior organizate a vertebratelor mamifere. El poartă cu el moştenirea sa biologică; dar şi pe cea a cursului antropogenezei şi a devenirii istorice, Acest fapt nu se referă doar la istoria cunoaşterii de sine, ci la însăşi structura şi funcţionarea psihismului persoanei umane.

Aspectele, funcţiile şi instanţele, enumerate în tabel derivă dintr-o analiză spectrală a existenţei personale. Gruparea lor în clasele menţionate are desigur o cotă de arbitrar, în realitate toate aceste aspecte conpenetrându-se. Astfel de enumerări şi grupări pot avea însă o utilitate euristică. Elementele tabelului sunt invocate atât de psihologie şi psihopatologie cât şi în diverse ştiinţe şi doctrine antropologice sau de orientări şi abordări filosofice.

Elementele tabelului pot căpăta o utilitate practică şi/sau teoretică dacă sunt înţelese ca aspecte ale unor procese psihice care se desfăşoară concomitent, cel puţin la două nivele: situaţional actual şi la nivel metareprezentaţional evaluativ şi identitar. Procesele psihice actuale au structura unui eveniment situaţional centrat de S. Eveniment ce are un început, o evoluţie ce se amplifică până la un moment culminant, urmând un final sau un deznodământ. Acest model va fi invocat în continuare prin referinţa la o situaţie paradigmatică ce constă în : rezolvarea de către subiect a unei situaţii problematice care-l afectează şi pe care o poate relata. Angajarea în situaţii centrează actualitatea psihică a subiectului ; dimensiunea relatării o centrează pe cea identitar metareprezentaţională.

Referirea la o “situaţie problematică” trimite explicit la implicarea definitorie a subiectului în situaţii trăite, în cadrul “lumii umane” din care face parte. Referinţa la “lumea umană” este necesară deoarece orice aspect al psihismului uman are identitate şi semnificaţie doar în perspectiva relaţionării şi încadrării existenţei persoanei într-o ambianţă umană care îi presupune şi pe ceilalţi oameni, parteneri ai subiectului. Precum şi cunoaşterea teoretică asupra lumii şi convingerile ce funcţionează în cultura din care el face parte. Şi din care subiectul se împărtăşeşte, realizând o proprie cunoaştere şi concepţie asupra lumii. Această încadrare presupune şi dimensionarea propriei persoane prin elementele lumii umane înconjurătoare. Elemente care la o cercetare ştiinţifică cuantificată sunt de obicei puse între paranteze. Astfel de elemente sunt :

- Relaţiile intersubiective cu ceilalţi ce pot ajunge la intimitate, fuziune afectivă, “încorporare”;
- Relaţiile personalizate cu eroi de naraţiune : mitico sacrală, de ficţiune, eroi aflaţi la distanţă fizică de subiect;
- Evaluarea şi caracterizarea efectivă a subiectului de către ceilalţi, care narează despre el; fapt pe care subiectul îl resimte şi îl imaginează;
- Raportarea, prin credinţă, la fiinţele transcendente evocate de cultură;

Capacitatea de analiză matematică şi de sinteză poetică, ce ţintesc domenii speciale ale lumii umane.

În concluzie: Aspectele şi instanţele psihoantropologice ce se cer avute în vedere de o psihologie care ar putea fi de folos psihopatologiei, nu pot ignora dimensiunea fenomenologic existenţială a psihismului persoanei. Pe care, e firesc să o plaseze în interiorul unei lumi umane. Lume pe care doctrinele actuale o concep evoluţionist, istoric şi developmental. Şi care, se cere constant studiată prin raportarea funcţionării psihice la modul de funcţionare cerebral corporală.

3.Schemă a unei psihologii centrate de S care să fie utilă psihopatologiei.

Punctul de plecare poate fi moştenirea pe care a lăsat-o psihopatologia clinică centrată de conştiinţa şi care e sintetizată în cartea lui H.Ey “Conştiinţa”. Autorul francez cultivă următoarele idei centrale.

- Psihismul conştient şi corporalitatea organismului (incluzând creierul) constituie o unitate în raport cu care se cere diferenţiată cauzalitatea somatică de cea psihică. Dintre doctrinele psihologice şi psihopatologice, Ey asimilează ceea ce era accesibil în vremea sa : psihanaliza, fenomenologia, configuraţionismul şi comportamentalismul. E de menţionat că filozofia minţii, cognitivismul modern şi ştiinţele creierului nu se dezvoltaseră încă.

Chenar 79

Aspecte ale existenţei persoanei importante pentru o psihologie corelativă psihopatologiei

a. Trăiri curente ale vieţii zilnice

- Activităţi gospodăreşti; - a se scula, spăla, îmbrăca, mânca, a face curăţenie; - a face cumpărături; - a îngriji de copii; - a conversa (bârfe, comentarii, caracterizări); - activităţi profesionale; - activităţi specifice diverselor roluri sociale; - comportamente în relaţiile civice, publice, ale vieţii curente etc.

b. Trăiri experienţiale în cadrul participării la evenimente

- Confruntarea cu un altul (verbală, fizică); -susţinerea unui examen; - efectuarea unei reparaţii urgente; - ţinerea unui discurs; - intervenţia într-o situaţie de criză; - trăirea unui accident rutier; -o operaţie chirurgicală (suportată, executată); - participarea la un spectacol (sportiv, artistic). Aspecte speciale : - rezolvarea unei probleme de matematică; - realizarea unui artefact simplu.
- Trăirile sau experienţele evenimenţiale se reliefează ca un aspect actual deosebit pe fundalul duratei biografice şi a timpului propriu al proiectelor şi preocupărilor

c. Proiecte în realizare : preocupări identitar-relaţionale

- A construi o casă; - curtare, logodnă, căsătorie; - planificarea şi naşterea unui copil în familie; - despărţire, divorţ; - obţinerea unei competenţe profesionale; - pregătirea şi susţinerea unui doctorat; - competiţia pentru obţinerea unei funcţii de răspundere; - intentarea şi desfăşurarea până în final a unui proces juridic; - a scrie un roman; - a realiza o opera plastică sau a compune o simfonie;
- Preocuparea pentru sănătate când sunt indicii de boală; - preocuparea pentru o stare de bine, corporală şi sufletească; - preocupare pentru un aspect pozitiv şi respectat; - preocupare pentru clarificarea şi definirea propriei identităţi; - pentru a obţine un succes social; - pentru a rezolva, depăşi ostilitatea altora; - pentru a realiza siguranţa personală; - pentru recunoaşterea de către alţii a propriei valori; - pentru o stimă de sine pozitivă.

d. Trăiri relaţionale (interpersonal afective)

- Contact interpersonal; - apropiere afectivă, ataşament; -comuniune afectivă (dragoste); - distanţare afectivă; - suspiciune, ostilitate, indiferenţă etc.; - dominaţie, sumisiune.

Notă: în această instanţă se manifestă egoismul, generozitatea, empatia, conflictul interpersonal, sentimentul de culpă etc.

e. Instanţa sinelui

Din această instanţă fac parte ceea ce se poate înţelege prin noţiunile de: eu, conştiinţă, subiect/subiectivitate/experienţă persoană, sine; sinele centrează reflexiv intenţional toate aspectele ce au fost menţionate şi care vor fi enumerate în continuare, raportându-se sintetic la situaţii şi lume.

f. Instanţa funcţiilor psihice

- Atenţie, percepţie, memorie, reprezentare, imaginaţie, judecare (inferenţa raţionată); - motivaţie, pulsiune, emoţie, dorinţă, dispoziţii afective, sentiment; - decizie, proiect, execuţie, control, evaluare.

Notă: aceste funcţii stau la baza funcţionării biopsihice normale în condiţia de vigilitate, opusă somnului; ele presupun un centru intenţional al S şi o situaţie ambientală dată; aceste funcţii au stat la baza doctrine facultăţilor psihice din sec.XIX şi rămân la baza limbajului tehnic pentru oricare proiect de studiu psihologic sau de diagnostic psihopatologic.

g. Instanţa dispoziţiilor

- Dispoziţia de investigare şi cea anxioasă; - dispoziţia combativă şi de performanţă; dispoziţia euforic psihosocială; - dispoziţia depresivă; - dispoziţia indiferent apatică.

h. Instanţa reprezentării, a controlului evaluativ a judecării eficiente şi a narativităţii

- Reprezentare mnestică; - configurare imaginativă; - capacitate narativă (privitor la episoadele trăite sau imaginate); - capacitate de evaluare a altora, a propriei persoane, a situaţiilor (actuale, trecute, viitoare); - capacitate caracterizantă (pentru alţii şi sine); - şi narativ episodică. Instanţa metareprezentativ judecativă este cea în care sinele operează inferenţe raţionale prin care rezolvă probleme teoretice şi practice, operând pe modele ale realităţii; aceste modele sunt centrate, autoreprezentativ, de sine.

i. Identitatea biografică caracterială. Aceasta se bazează pe narativitatea autobiografică ce sintetizează trăirile sinelui, în spatele evenimentelor circumstanţiale, a proiectelor şi preocupărilor, la nivelul unei durate identitare. Capacitatea narativă e centrată pe istorii cu eroi de tip uman, între care şi propiul sine (aspect autobiografic) dar şi cu eroi mitici sau de ficţiune; ea se diluează la nivelul trăirilor relaţionale intime (de empatie, ataşament, iubire), zona care este mai dificil de transpus lingvistic. La fel, sentimentul identitar, bazat pe durata existenţei personale, e dificil verbalizabil. Subiectul se resimte însă ca centrat în sine şi delimitat în raport cu lumea şi cu alţii, şi ca având un conţinut sufletesc, structurat ierarhic şi abordabil.

j. Instanţa funcţiilor de sinteză, centralizatoare şi totalizatoare

- Intuiţia, judecarea (cogitaţia), credinţa, iubirea, contemplaţia, meditaţia, revelaţia, inspiraţia creatoare;
- Corelativ acestora se pot menţiona trăirile totalizatoare ale: angoasei, extazului, îndoielii, plictisului, certitudinii.

k. Instanţa sinelui persoanei socio-valorice

- Subiectul se resimte şi se manifestă identitar şi responsabil în plan socio cultural; identitatea sa la acest nivel e susţinută de cea corporală, fiind circumscrisă în plan social prin nume, nişă familiară, documente oficiale, statut şi rol social, caracterizare publică; reţea socială proximă şi extinsă. În acest plan subiectul se manifestă cu discernământ şi responsabil, în perspectiva normelor exterioare şi valorilor morale; el exprimă o anumită concepţie asupra lumii, convingeri şi credinţe; creativitatea cultural spirituală se manifestă tot în această instanţă.

l. Instanţa sinelui generic "transcendental" Fiecare persoană umană are, în principiu, acces la o instanţă "generic umană" prin care participă la structura definitorie a psihismului uman. Aceasta a mai fost numită (de ex. de fenomenologia husserliană) ca instanţă a "eului transcendental". De asemenea, în principiu, sinele personal ar avea acces la vizarea transcendenţei ca fiinţă.

*

* *

- Tulburarea psihică este concepută ca un experiment natural şi abordat în perspectiva doctrinei lui Jackson a nivelelor şi disoluţiilor. Mai precis: - se distinge un aspect deficitar al psihismului care lasă să se evidenţieze funcţii care în mod normal erau mascate de nivelele supraiacente sau integrate; la baza simptomatologiei psihopatologiei mai stă şi reorganizarea ce se produce în psihism în urma acestui deficit.

- Psihismul conştient, de la care pleacă şi la care pot fi referite stările psihopatologice, permite o analiză în jurul a două axe: - cea a sincroniei actualităţii câmpului de conştiinţă; - cea a persoanei, a structurii caracteriale (identitare) a eului biografic şi moral. Această viziune ţine cont de doctrina configuraţionistă şi de cea structuralistă care erau dominante în epocă.

Pentru perspectiva diacronă este invocată psihanaliza şi fenomenologia; dar şi conceptul de identitate biografică, de conştiinţă morală şi cel al devenirii. În conceperea acestei instanţe un rol l-a jucat în viziunea lui Ey şi personalismul şi existenţialismul, doctrine proeminente la mijlocul sec.XX.

Pentru perspectiva sincronă, Ey invoca concepţia lui Janet şi a lui Bergson privitoare la prezentul trăit. Acest prezent (după Janet) ar fi axat de o acţiune (existând şi similaritatea lingvistică între “act” şi “actualitate”); acţiune ce poate fi relatată. Este utilizată expresia de “câmp al conştiinţei” (de provenienţă configuraţionistă) şi, se face trimitere la oscilaţia între somn şi veghe. Ultima trimitere e importantă pentru Ey deoarece propune un model natural al “disoluţiei” (regresiei, retragerii, minusului) conştiinţei vigile, care permite exprimarea subconştientului oniric. Pe această cale autorul se corelează cu concepţia lui Moreau de Tour din sec.XIX, privitor la psihozele induse de substanţe psihoactive.

Modelul lui H.Ey nu a avut consecinţe. El nu a fost preluat şi dezvoltat nici de psihologi, nici de psihopatologi, nici de antropologi sau filosofi. Acest model se plasează la capătul unei paradigme de gândire ce a fost activă în prima jumătate a sec.XX; dar care s-a schimbat spre sfârşitul secolului.

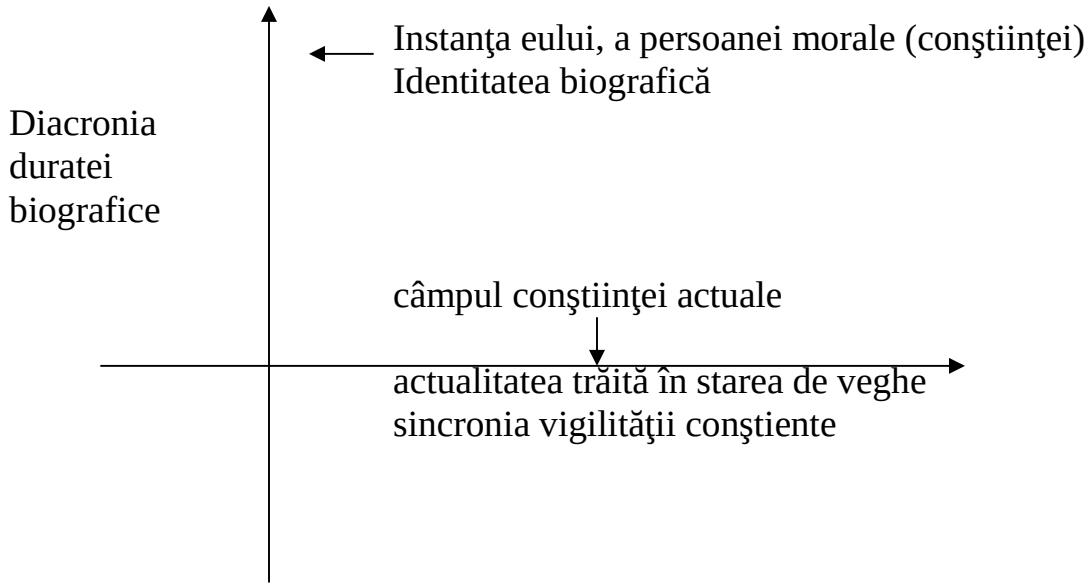
În perioada anilor 70-80 când apare cartea lui Ey privitoare la conştiinţă, începe să se impună cognitivismul şi filosofia minţii. Neuroştiinţele capătă un mare avânt iar modelarea prin inteligenţe artificiale începe să joace un rol important în psihologie.

Progresele etologice şi evoluţia psihanalizei eului au condus la teoria ataşamentului şi dezvoltarea psihologiei şi psihopatologiei developmentale.

După 1990 apare psihologia şi apoi psihopatologia evoluţionistă şi se reformulează fenomenologia, pe baza intersubiectivităţii intercorporeale (pe care o comentase Merleau Ponty, pornind de la ultima lucrare a lui Husserl). De asemenea se dezvoltă doctrinele narative şi hermeneutice ale persoanei (Ricoeur).

Chenar 80

Schema psihismului conştient după H.Ey

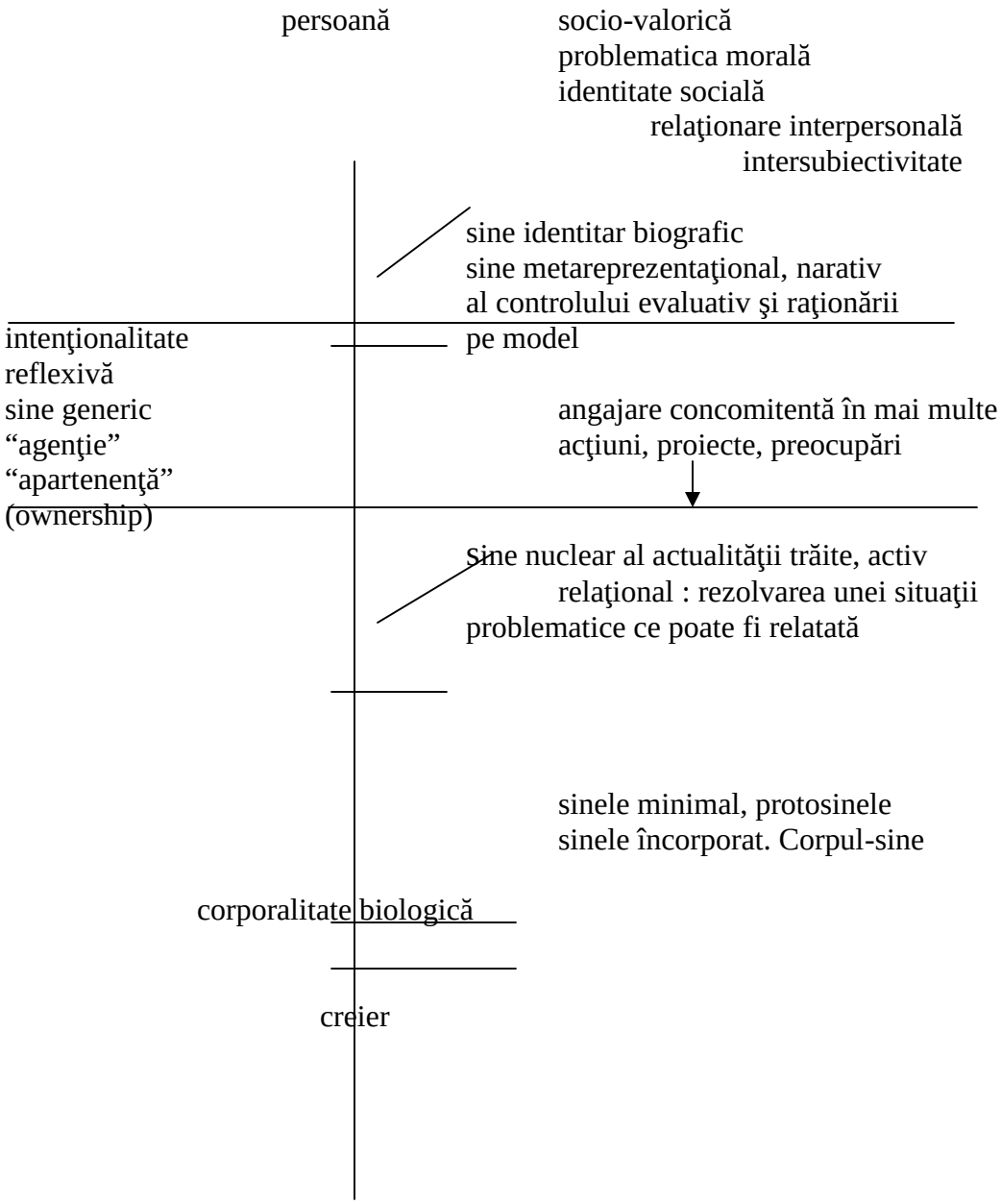


În acest context conceptul de conştiinţă trece în plan secund şi se impune conceptul de sine. S este reluat în perspectiva diferenţierii lui James dintre Eu (I), mie (Me), fiind studiat în perspectivă developmentală, evoluţionistă şi a neuroştiinţelor. Se dezvoltă tema "cunoaşterii minţii altora" care stă la baza teoriei minţii (Theory of Mind). Tema S este preluată in două perspective care reproduc parţial poziţionarea lui Ey. Adică : Pe de o parte e comentat S ca centrul trăirilor imediate ale subiectivităţii, temă ce preocupă fenomenologia. Pe de altă parte e comentat S narativităţii biografice, care se corelează cu identitatea socială şi responsabilitatea morală. În continuitatea înţelegerii lui Loke şi James, S. este considerat suportul identităţii personale.

O referinţă mereu iterată de actualul comentariu al S este concepţia lui Damasio, care însă utilizează expresia de conştiinţă. Aceasta distinge trei instanţe : - protoconştiinţa sau conştiinţa minimală, încorporată; - conştiinţa nucleară; - conştiinţa expandată, biografică. Importantă ar fi mai ales conştiinţa nucleară, care s-ar referi la centrul trăirilor actuale ale subiectului. Deşi toate comentariile actuale privitoare la S acceptă faptul că această instanţă a trăirii actualităţii e importantă, ea nu este dezvoltată de studiile actuale, fiind dificil de surprins în modele experimentale. Dar, tocmai acest aspect interesează în mod particular o psihologie utilă psihopatologiei.

Chenar 81

Instanţele Sinelui



Schema şi modelul pe care-l invocăm se plasează la conjuncţia doctrinelor psihologice şi psihopatologice: cognitiviste, fenomenologic, existenţialistă, developmental şi evoluţionistă.

Se are în vedere psihismul unui individ ce are o existenţă bazală de tip biologic – prin naştere, maturare, multiplicare, îmbătrânire, moarte – care se dezvoltă şi trăieşte în mediul unei culturi umane, structurate prin limbajul asertiv, instituţii practico teoretice, norme şi valori şi vizarea transcendenţei. În această lume, individul îşi dezvoltă psihismul propriu pe baza potenţialităţilor cerebrale, actualizate şi devoltate în cadrul relaţilor interpersonal intersubiective, care mediază accesul la lumea umană.

Psihismul individului uman este înţeles ca derivând din fundalul psihismului biologic, ce a parcurs perioada antropogenezei şi a istoriei culturale, având la dispoziţie un creier capabil de relaţii intersubiective, limbaj narativ şi acţiuni planificate deliberat. Creierul ce susţine aceste manifestări continuă să se dezvolte după naştere în mediul uman; mediu care oferă modele formative nu doar prin persoanele de contact ci şi prin eroii naraţiunilor şi parametrii socio culturali de individuare.

Psihopatologia, ca experiment natural, dezvăluie infrastructura psihismului persoanei, ea putând fi comentată mai adecvat prin referinţa la aceasta.

Deoarece psihismul persoanei apare la nivelul de conjuncţie între moştenirea evoluţionistă şi structura suprapersonală a culturii ambientale, modelul modular de interpretare a acestui psihism se oferă ca o sugestie metodologică utilă. Ipoteza modulară, avansată de psihologia evoluţionistă, va ghida începutul comentariului asupra instanţelor sinelui.

Evoluţionismul şi modulii psihici adaptativi

Psihologia evoluţionistă, avansând ideea că selecţia naturală are în vedere reţinerea şi transmiterea unor modele comportamentale adaptative, a recurs la conceptul de modúl. Modúlii au fost concepuţi ca unităţi de funcţionare psihică bine delimitate, precise şi eficiente, având o specificitate de domeniu, un caracter constrângător al funcţiei pe care o îndeplinesc şi o încapsulare informaţională, în sensul că se declanşează doar la stimuli specifici. Un modúl psihocomportamental are o viteză mare de intrare în acţiune şi asigură o execuţie eficientă, deşi rigidă. Se mai postulează o localizare cerebrală într-un grupaj neuronal specific şi o susceptibilitate pentru o tulburare caracteristică. Aceste exigenţe rigide ce s-au formulat iniţial, erau destinate explicării transmiterii genetice a modulilor psihici, similară cu modalitatea transmiterii organelor corporale. O parte din

comportamentele instinctive ale animalelor puteau răspunde unor astfel de exigenţe. De la început s-a acceptat că, constelaţia modulilor psihici adaptativi transmişi genetic e cuprinsă într-o organizare de ansamblu structurată, centrată, care beneficiază de funcţii coordonatoare.

Ideea modularităţii psihice, deşi s-a păstrat în evoluţionism, şi-a relaxat rigiditatea şi a acceptat o înţelegere mai nuanţată. Astfel, încapsularea informaţională şi funcţională rigidă poate fi atribuită doar unor comportamente instinctive bazale. În rest, modelele modulare de comportament s-ar comporta ca literele unui text cu care se pot scrie variate cuvinte. Şi aceasta, deoarece, şi în lumea animală, pe măsură ce se urcă pe scara filogenetică, învăţarea şi "habitarea" joacă un rol tot mai important. Apoi, concepţia modularităţii transmise genetic a trebuit să accepte două perspective complementare. Una este cea a modularităţii neurologice. Diverse structuri de funcţionare motorie şi comportamentală precise, secvenţiale, pot face parte din variaţi moduli psihici adaptativi. Aşa e de exemplu inhibiţia şi neliniştea psihomotorie, unele mişcări stereotipe sau unele stări expresive. Cu alte cuvinte, corelaţia între aspectul motor comportamental, şi semnificaţia cu care se corelează, direct, sau prin intermediul unui lanţ comportamental poate să varieze. Al doilea aspect se referă la învăţările ce se automatizează. De fapt, comportamentele modulare, după prima lor declanşare în faţa unor stimuli specifici, trec deseori printr-o perioadă de consolidare prin repetare. Alt echivalent parţial al modulelor comportamentale transmise genetic pot fi deci comportamentele învăţate şi automatizate prin repetare.

Proto (cvasi) modulii psihismului uman

Sensul în care ideea modularităţii poate fi aplicată psihismului uman se cere comentată. În conformitate cu ideea de bază a modularităţii. la om întâlnim predispoziţii sau disponibilităţi înnăscute, care trebuie să întâlnească stimuli specifici, în prezenţa cărora, prin acomodare, actualizare şi exersare, se câştigă o funcţie psihică specific umană. Acest fapt poate fi urmărit în domenii ca: percepţia vizuo spaţială şi unele praxii elementare, achiziţia limbajului articulat, cogniţia socială bazală şi ataşamentul. Dar, chiar în aceste domenii schema clasică a modularităţii nu se aplică direct. Un exemplu simplu ar fi mersul biped şi toate abilităţile pe care omul le poate avea utilizând picioarele şi mâinile. Există desigur un reflex înnăscut al aprehensiunii. Dar copilul trebuie să înveţe să se îmbrace, să mănânce, să folosească obiectele din ambianţă. Şi apoi, să utilizeze diverse instrumente, unelte, aparate, să deseneze şi să scrie. Învăţarea şi automatizarea joacă un rol tot mai mare în dobândirea praxiilor. Iar praxiile, prin ele însăşi, nu pot fi considerate ca atare moduli psihici adaptativi – m.p.a. – decât integrate în

modele comportamentale cu specificitate umană. Activităţi care sunt inventariate de OMS în manualul de diagnostic CIF şi care au fost menţionate : autoîngrijirea, autogospodărirea, interacţiunea cu alte persoane de tip dialogal sau cooperativ, învăţarea şi aplicarea cunoştinţelor, mobilitatea, inclusiv cea cu mijloace de transport etc. În plus, în realizarea funcţiilor de deplasare şi a praxiilor, un rol esenţial îl joacă percepţia şi orientarea vizuo-spaţială. Această capacitate este şi ea în mare măsură înnăscută, putând fi înscrisă până la un punct în lista modulilor psihici adaptativi. Dar capacitatea de percepţie şi coordonare vizuo spaţială este în primul rând o condiţie de posibilitate, care susţine, aşa cum s-a menţionat, deplasarea, manipularea şi alte praxii motorii. Deci, ar putea fi evaluată ca o structură modulară doar împreună cu acestea. Ea rămâne însă importantă, deoarece pe baza experienţelor pe care le face posibile, individul poate evalua distanţele dintre obiecte şi corpul său, calculând accesul la diverse elemente ale ambianţei. Şi astfel el poate aprecia perceptiv situaţia în care se află ca un câmp spaţial al acţiunilor posibile. Desigur, aceste acţiuni posibile depind şi de propriile disponibilităţi şi capacităţi. Precum şi de cunoaşterea semnificaţiei de ansamblu a situaţiei în raport cu sine su cu propriile intenţii. Pentru psihopatologia fobiei poate juca însă un rol o deficienţă chiar la acest nivel “proto” sau “cvasimodular” de evaluare a distanţelor; realizat desigur printr-un calcul cerebral, inconştient. Fapt ce ar explica fobiile spaţiale : claustrofobia, fobia de spaţii largi, de înălţime şi adâncime; şi până la un punct agorafobia. Şi tot în această direcţie se dezvoltă şi nevoia de control al ordinii spaţiale din ambianţă, fapt necesar şi el acţiunii eficiente. Iar impunerea acestui cvasimodul al controlului ambianţei în prim plan, ieşirea sa din nivelul implicit prin care în normalitate doar participă la desfăşurarea degajată a actelor fireşti, instituirea sa, ca aspect central de preocupare, îl întâlnim ca simptom important în autismul Kanner şi în obsesionalitate, sub forma nevoii de hiperordine şi intoleranţă la schimbare. Subiectul resimte ca o necesitate imperioasă ca obiectele din jur să-şi păstreze acelaşi loc fix; şi reacţionează cu nelinişte şi agitaţie dacă locul acestora se schimbă.

Nevoia de ordine spaţială e ceea ce e mai vizibil în primă instanţă la aceste cazuri. Dar, aceeaşi problemă a ordinii se pune pentru obsesiv şi privitor la secvenţialitatea derulării în timp a etapelor unei acţiuni, fapt girat de funcţiile executive. Aceasta duce la o problematizare anormală a programării acţiunii. Orientarea perceptivă vizuo spaţială face posibilă inserarea praxiilor în acţiuni umane specifice de tip cvasimodular,doar în conjuncţie cu capacitate de ordonare temporală executivă.

În sfârşit, percepţia vizuo spaţială e esenţială şi în receptarea şi integrarea semnificativă a figurii mamei şi a altor persoane,jucând astfel un

rol de bază în organizarea complexului modular al ataşamentului şi mentalizării.

O problemă mai complexă în pespectiva modularităţii specific umane întâlnim în cazul limbajului. La acest nivel s-au dezvoltat şi principalele idei în acest domeniu, după ce Chomsky a adus în discuţie tema gramaticii generative şi Fodor pe cea a modularităţii. Simpla observaţie relevă faptul că, copilul mic nu "învaţă" limbajul după normele de predare pedagogică sau urmând tehnici educative rigide. Creierul său este astfel conformat, programat genetic, ca dezvoltându-se postnatal într-un mediu uman de care e ataşat, pe care ajunge să-l imite şi în care se vorbeşte, limbajul său apare, se instituie, se exersează, descoperind şi instituind reguli gramaticale, în universul lingvistico-semantic pe care-l receptează şi prin care adulţii i se adresează. Capacitatea modulară a creierului de a genera reguli gramaticale vine în întâmpinarea vorbirii formate a celor din jur, cu care se articulează. Instituirea unui limbaj destul de corect logico gramatical se produce şi în lipsa unei comunicări dialogale nuanţate cu mama şi adulţii, ca în cazul autiştilor superiori. La fel cum în cazul percepţiei vizuo spaţiale creierul calculează automat distanţele, la fel şi în cazul vorbirii el generează scheme logico gramaticale după o structură formală proprie, cu materialul lingvistic, semantic şi structurat gramatical, pe care îl are la dispoziţie. Adică pe care-l percepe, predominant auditiv, pronunţat de alţii. Capacitatea modulară de însuşire şi practicare a vorbirii nu este însă ruptă de ambianţa proximă, intervenind, ca şi în cazul praxiilor, neuronii oglindă, prin care în propriul creier sunt activate zone neuronale similare cu cele din creierul celor care vorbesc şi acţionează ; subiecţi ce pot fi percepuţi în situaţie. Ariile în care se găsesc neuronii oglindă se suprapun în mare măsură cu cele ce susţin motricitatea prehensiunii, vorbirea şi perceperea feţei.

Modularitatea limbajului, la fel ca cea vizuo spaţială, este doar indirect implicată în psihopatologie. Dar fără limbaj, structurile logice şi ontologice nu au o referinţă la care subiectul să facă apel. Cuvinte ca cele din seria pronumelor personale (eu, tu, el), conjuncţia, disjuncţia, apoi interdicţia şi permisiunea deontică, expresiile lingvistice ale existenţei, negaţiei şi posibilităţii precum şi altele, structurează universul mental al subiectului, geneza psihismului său normal felul în care el înţelege şi-şi reprezintă lumea. Care poate aluneca apoi spre psihopatologie. Şi, tot prin limbajul narativ critic al omului, devine posibilă relatarea; naraţiunea despre alţii şi povestea biografică. Iar pa această bază, identitatea autobiografică şi biografică, evaluarea actelor şi persoanelor; şi deci şi autoevaluarea. Ca şi condiţie de posibilitate a specificului psihismului uman, limbajul narativ poate fi investit cu o valoare specifică majoră. De aceea, aspectele esenţiale

ale psihopatologiei, aşa cum sunt psihozele, pot fi în mod raţional corelate cu apariţia şi funcţionarea limbajului articulat, reprezentativ, narativ critic.

O a treia arie de tip modular specific umană e cea a cogniţiei şi relaţionării interpersonal sociale. O veche observaţie indică faptul că nou născutul e nativ sensibil la aspectul feţei umane, chiar desenat în elementele sale de bază, mai ales dacă ele sugerează zâmbetul. După cum şi adultul are o sensibilitate specială perceptivă faţă de dimensiunile şi forma corpului copilului. Ulterior s-a studiat detaliat apariţia cvasimodulară a "identificării" privirii materne şi conjugarea propriei priviri cu a acesteia. Faptul precede şi apoi evoluează în paralel cu procesul de sinteză perceptivă a imagoului matern ca un întreg semnificant, ce se structurează în jur de 8 luni. Întreagă această desfăşurare are două direcţii articulate şi convergente. Una se îndreaptă spre realizarea ataşamentului, ce se petrece între 8 luni şi 3 ani, consolidând o reprezentare de durată a figurii de ataşament în interiorul psihismului individual; reprezentare care, de la acest nivel, filtrează şi orientează ansamblul relaţiilor interpersonale intime. Relaţia de ataşament se înscrie într-un îndelungat filon filogenetic ce s-a dezvoltat mai ales la mamifere şi are o importantă valoare antiaxiogenă, de stimulare a atitudinilor proiective de investigare în mediul necunoscut. Al doilea proces, conjugat cu primul, are ca primă etapă recunoaşterea de sine (inclusiv în oglindă) ca o entitate distinctă de alţii, pe care subiectul îi poate imita, proces ce se instituie la 18 luni. El culminează apoi cu instaurarea la 3 ani a capacităţii Theory of Mind – ToM sau mentalizare – prin care copilul ghiceşte intenţiile altuia în situaţie, Adică, el înţelege că alţii au o minte identică cu a sa dar distinctă de aceasta: minte cu care aceştia pot dezvolta intenţii, pe care el şi le poate reprezenta. Această capacitate este punctul de plecare pentru dezvoltarea proceselor de evaluare în plan metareprezentaţional a altora şi a sa însăşi. Şi a proceselor de operare cu eventualităţi şi posibilităţi, care se va dezvolta mai ales în adolescenţă.

Procesele de cogniţie şi relaţionare socială au fost interpretate de unii cercetători modular. Mai precis prin articularea unor elemente modulare ce converg spre capacităţi complexe (de ex. Baron-Cohen). Indiferent de interpretare, ele joacă un rol major în psihologia şi psihopatologia umană. Pornind de la nivelul bazal ce se dezvoltă până la 3 ani, ulterior sistemul de cogniţie şi relaţionare socială se complexifică, polarizat pe axa intim public. Relaţionarea cu alţii este ordonată de axele relaţionale moştenite din biologie, care sunt rezumate în circumplexul Bakan prin polarizarea dominaţie/sumisiune şi deschidere agreabilă spre contact şi relaţionare/versus desimplicare relaţională şi opozitivitate. La om, întreg acest ansamblu relaţional implică subiectivitatea conştientă fiind deosebit de

important în psihopatologie. Invocarea modularităţii se cere însă făcută cu precauţie. Sau, se cer elaborate modele teoretice suficient de complexe şi adecvate, pentru ca ideea de bază a modularităţii să poată fi aplicată raţional şi testabil la acest nivel.

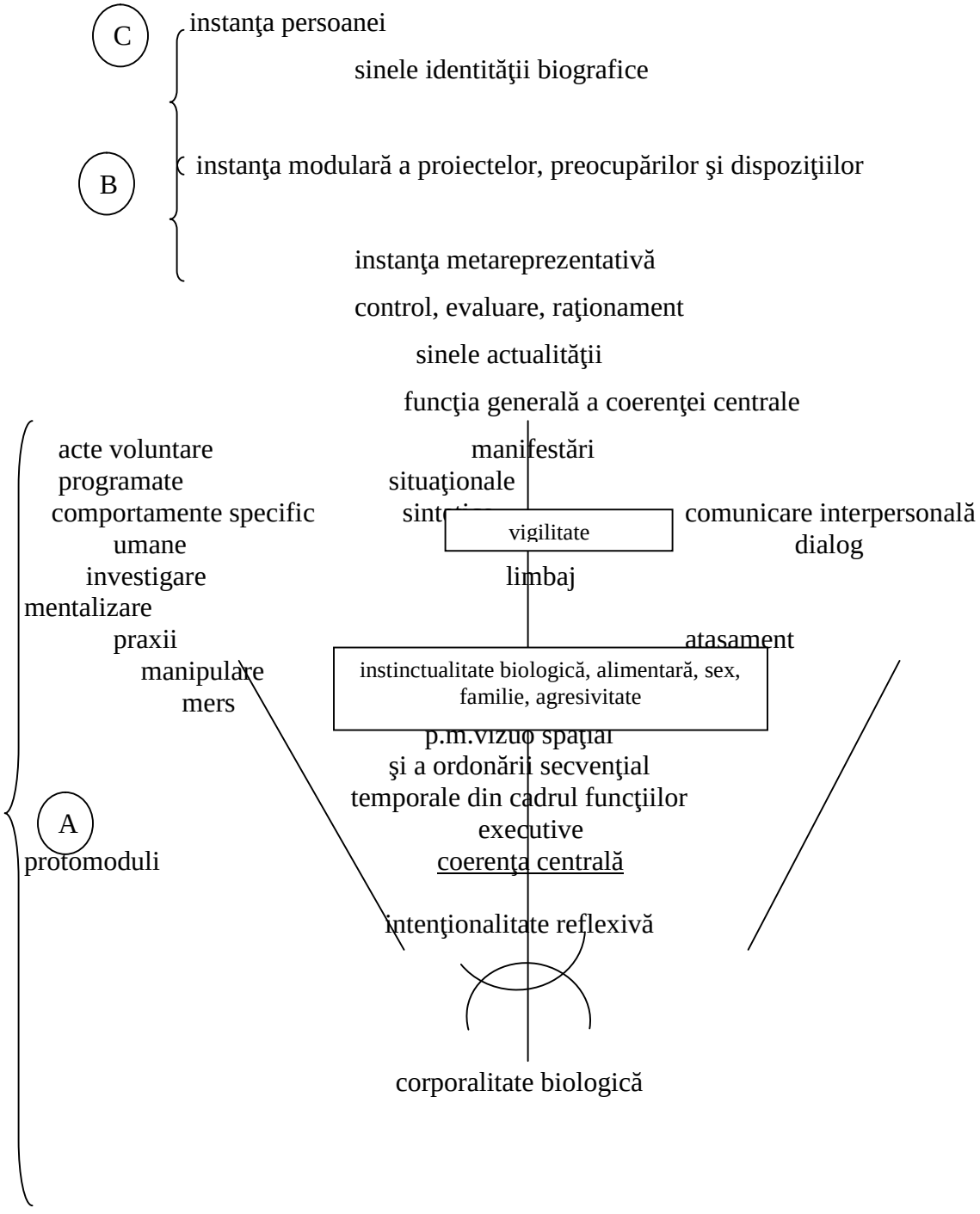
Problematica de tip modular a cogniţiei sociale a fost studiată în ultimul timp mai ales în legătură au autismul infantil. Tot în acest domeniu au mai fost evidenţiate două funcţii complexe, ce pot fi şi ele interpretate cvasimodular, cea a funcţiilor executive şi cea a coerenţei interioare. Ambele au o mare importanţă pentru psihopatologie. Funcţiile executive, girate de lobul frontal, susţin planificarea unei acţiuni cu scop, eşalonarea etapelor într-o anumită ordine şi urmărirea executării ei, prin evaluări şi verificări, până la atingerea scopului. Funcţiile executive sunt importante şi pentru o comunicare lingvistică care transmite o informaţie semnificativă. Ele sunt perturbate în patologia obsesiv compulsivă, ADHA, boala Tourette şi schizofrenie. Realizarea şi buna funcţionare a complexului modular ToM, se corelează cu dezvoltarea în paralel a limbajului. Ulterior, un dialog eficient nu poate avea loc decât printr-o bună coordonare între aceste două funcţii.

Coerenţa centrală constă din capacitatea perceptivă de a reuni părţile într-un întreg bine delimitat şu semnificant, ce se detaşează ca o figură pe un fundal accesibil. Felul în care e înţeleasă funcţia c.c. la nivel perceptiv are multe similitudini cu felul în care sunt înţelese funcţiile executive la nivelul planificării acţiunii. Toate aspectele specifice ale psihismului uman ce au fost menţionate în marginea problemei modularităţii, adică: percepţia vizuo spaţială, limbajul articulat, cogniţia socială şi ataşamentul, funcţiile executive şi funcţia perceptivă a coerenţei centrale, sunt dificil de a fi asimilate direct şi simplist concepţiei iniţiale a psihologiei evoluţioniste privitoare la modulii psihici adaptativi, încapsulaţi şi transmişi genetic. Dar o similitudine se impune. Acceptând că pentru structurarea lor este necesară, pe lângă o dotare genetic corporală, oferta de relaţionare interpersonală intersubiectivă, oferta de mediu lingvistic şi educativ protectiv al ambianţei umane, etc., s-ar putea discuta, prin analogie, de un fundal al unor protomoduli psihici antropologici adaptativi cu care copilul normal ajunge să fie echipat la sfârşitul primi copilării, în perioada de 3-4 ani.

Chenar82

Instanţe ale modularităţii psihoantropologice

A. Instanţa protomodulilor (p.m.)



Tot la acest nivel protomodular antropologic s-ar putea menţiona şi plasa moştenirea “instinctivă” pe care omul o are din biologie. Şi care, deşi reformulată în termenii normativităţii, habitudinilor şi culturii umane, e prezentă în fiecare om marcându-i bazal psihismul. În primul rând se cere menţionată oscilaţia între somn şi veghe, ritmată de ciclurile zi şi noapte. Apoi, instinctul alimentar, cel sexual, de cuplare familială şi cel parental, agresivitatea asertivă. Toate acestea sunt prezente şi funcţionale în fiecare om, motivându-i intenţionalitatea şi comportamentul. Pentru întreg acest ansamblu biopsihic şi pulsional se pune problema integrării sale în structura de ansamblu a psihismului personalităţii ce se manifestă în viaţa socială de zi cu zi, în conformitate cu simţul comun. La fel ca celelalte aspecte de tip protomodular e vorba de o condiţie de posibilitate care stă în spatele manifestării structurate a psihismului uman. Iar modalitatea de bază a acestei manifestări e raportarea la situaţiile actuale. În psihopatologie se întâlneşte “ieşirea de sub control” şi manifestarea aberantă a unor comportamente motivate direct instictual.

Protomodulii şi raportarea la situaţie; sinele actualităţii trăite

Acest echipament protomodular e esenţial în raportarea subiectului uman la situaţiile problematice actuale. El sprijină perceperea şi înţelegerea situaţiei ca un câmp spaţial structurat în subiectul care poate desfăşura acţiuni cu scop, ordonate secvenţial de către funcţiile executive. Acţiunile pe care le şi execută efectiv, dinamizat de intenţionalitatea sa reflexivă şi utilizând praxiile de care e capabil prin instrumentalitatea propriului corp. Iar în realizarea actelor prin care rezolvă problemele situaţionale, alte persoane sunt implicate întotdeauna, ca iniţiatori, colaboratori, evaluatori. Comunicarea cu aceştia şi raţionamentele necesare rezolvării problemei sunt susţinute de limbajul narativ critic. Iar ansamblul percepţiei şi acţiunii situaţionale e sintetizată sub cupola funcţiei coerenţei centrale. Se afirmă astfel sinele nuclear al actualităţii situaţionale. Desigur, e dificil dacă nu imposibil să se precizeze cât durează acest “prezent trăit” în perspectiva timpului cronometrelor. Mai ales că subiectul e angajat concomitent în rezolvarea mai multor probleme care îl privesc. Iar unele situaţii actuale se prelungesc în proiecte şi preocupări de durată mai lungă. Totuşi, referirea la o trăire actuală, ce se desfăşoară pe fondul vigilităţii conştiente este esenţială d.p.d.v. metodologic. Ea circumscrie sinele nuclear al prezenţei la lume prin raportare activă şi structurală la situaţii. Structura acestei prezenţe e perturbată în psihopatologie nu doar din perspectiva biologică a organizării nivelelor de vigilitate. Ci şi în sindroamele majore ale depresiei, maniei, impulsivităţii, obsesionalităţii, delirului etc.

Trăirea actuală care se conturează e încadrată în psihismul uman de o instanţă metareprezentaţională. Aceasta e capabilă de control, evaluare, raţionament ce invocă posibilităţi pe un model al realităţii şi are la dispoziţie o relativă libertate. La cest nivel metareprezentaţional se inseeră şi capacitatea narativă şi conjuncţia, în actualitatea acţiunii, cu psihismul altora.

Raportarea actuală la situaţiile problematice poate fi trăită ca o emoţie acută, de exemplu de spaimă. Ea poate cere deseori o rezolvare pragmatică imediată. În diverse împrejurări, dar şi în psihopatologie, omul poate reacţiona precipitat, impulsiv exploziv, fără o deliberare sufiientă asupra consecinţelor. Motivarea unui comportament actual nu e totdeauna plasată în elementele exterioare ale situaţiei, care pot fi doar provocatoare sau stimulative. Ea poate driva din pulsiuni sau tendinţe interioare ce caută să se actualizeze. Şi împotriva cărora subiectul luptă, considerându-le neadecvate sau de nedorit. În psihopatologie se descriu diverse comportamente impulsive cărora subiectul nu le poate până la urmă rezista, ca unele cazuri de joc de noroc, consum de alcool, cleptomanie, piromanie. Sunt şi tendinmţe obsesive cu conţinut agresiv, absurd, de nedorit, pe care subiectul le controlează chinuindu-se cu acte compulsive. Din inventarul psihopatologic al trăirilor actuale mai face parte dificultatea de decizie şi uneori abulia, cu solicitarea ca altcineva să decidă în locul său. Şi chiar abulia şi areactivitatea.

Rezolvarea unei situaţii problematice actuale se poate însoţi de stări dispoziţionale specifice. Într-o confruntare, subiectul poate avea o atitudine combativă beligerantă, sau una anxios fobică, cu tendinţă la evitare şi retragere. Începutul plin de speranţe al unei acţiuni şi perioadele de vârf creative pot fi susţinute de o dispoziţie expansivă, energică şi hipervigilă. În faţa anumitor solicitări subiectul se poate poziţiona prin indiferenţă. O rezolvare pragmatică eficientă se realizează de obicei dacă poziţionarea atitudinală nu e una vigilă, calmă, însoţită de un bun autocontrol şi control al situaţiei.

Acţiunile actuale cu scop se pot prelungi mai mult timp. Sau pot fi integrate în proiecte de durată amplă, cu obiective îndepărtate, car se dezvoltă mai multe concomitent, sau în paralel. Structura acestora e aceeaşi ca şi a comportamentelor actuale. Fixarea obiectivelor, elaborarea etapelor şi variantelor de acţiune, organizarea şi efectuarea lor, verificarea, reorganizarea din mers, buna finalizare, sedimentarea rezultatelor, trecerea spre un alt obiectiv. Această structură o întâlnim mai mult sau mai puţin dezorganizată şi dezimplicată în patologia obsesivă. Nehotărârea, preocuparea excesivă cu planuri, organizări, eventualităţi şi verificări, ocupă

majoritatea timpului, în manieră dezadaptativă. Derularea unui proiect se poate încheia pozitiv, cu un succes, situaţie ce determină o dispoziţie pozitivă, de mulţumire şi împlinire; ce se poate însoţi de evenimentul sărbătoresc al împărtăşirii sociale a bucuriei. Sau, se poate încheia cu un eşec; situaţie deprimantă, e conduce la o retragere reflexivă, pentru refacere şi reorganizare.

În mod obişnuit omul nu-şi realizează proiectele de unul singur ci în colaborare. Disponibilitatea de colaborare a altora se cere testată; fapt ce se realizează prin mecanismul suspiciunii şin al observării, supravegherii eficiente a celuilalt. Se cere testată şi intenţia altora de a înşela precum şi capacitatea acestora de a sesiza propria încercare de a înşela. Această atitudine interpersonală de suspiciune şi supraveghere care e un mecanism adaptativ, e resimţită preconştient ca activă, ca desfăşurându-se şi din partea altora în raport cu sine. În condiţia patologiei, această structură funcţională de raportare relaţională se poate dezimplica din manifestarea sa integrată, impunându-se ca preocupare paranoidă prevalentă sau delirantă. Suspiciunea şi neîncrederea pe care omul o trăieşte latent în raport cu străinii, persoane publice sau instituţii, se poate manifesta şi în raport cu persoane apropiate, în cazul geloziei. De asemenea interesul subiectului pentru felul în care el este observat şi evaluat de către alţii, preocupare ce e funcţională şi adaptativă pentru orice individ, se poate dezimplica din latenţa sa firească şi manifestându-se exagerat şi anormal, ca fobie socială sau prevalenţă senzitiv relaţională.

Preocupările de durată ale subiectului pot să se manifeste exagerat şi aberant şi cu accent pe propria persoană. Adică, prin interesul exagerat penru aspectul corporal sau sănătatea proprie. Dar şi stima de sine, valoarea şi identitatea proprie se pot erija în preocupări prevalente sau delirante.

Instanţa psihică a proiectelor şi preocupărilor se desfăşoară dincolo de actualitatea trăită, de-a lungul unor dimensiuni temporale mai ample. În acelaşi regim între dinamica apropierilor şi îndepărtărilor sufleteşti de tip ataşament, pe axa intim public. Trecerea de la cunoştinţă la prietenie, dragoste şi relaţie afectivă stabilă, se petrece în timp. Şi la fel, desimplicarea afectivă. Acest aspect e re;evat de situaţie doliului, care induce o dispoziţie depresivă de durată, necesară reorganizării interioare a structurii relaţionărilor intime.

În raport cu trăirile situaţionale actuale, centrate de sinele nuclear al prezentului, proiectele, preocupările şi uneori dispoziţiile afective se desfăşoară într-o altă dimensiune temporală a sinelui. Care este însă şi ea încadrată de instanţa metareprezentaţională.

La nivel metareprezentaţional, trăirile actuale şi de durată medie ale subiectului sunt supervizate, controlate, dirijate, evaluate. Evaluaea se referă la acţiune, la capacităţile personale, la alţii şi la atitudinea acestora în raport cu sine. La acest nivel metareprezentaţional subiectul desfăşoară şi inferenţe raţionale : imaginează, argumentează, verifică, concluzionează, ajunge la certitudini. El operează pe modele ale realităţii care se pot referi la situaţii viitoare şi la relaţiile sale reciproce cu alţii. Acest nivel susţine autoevaluarea pozitivă a maniacalului şi cea negativă a depresivului, neîncrederea în sine a anxiosului, atitudinea combativă şi cea indifrentă. Studierea de tip cognitivist a instanţei metareprezentaţionale a adus şi aduce importante contribuţii la cunoaşterea psihismului normal şi anormal al persoanei umane.

Tot la acest nivel metareprezentaţional se realizează articularea cu capacitatea narativă mediată de limbaj. Iar narativitatea epiodică se articulează cu cea biografică.

*

* *

Perioadele de viaţă care se dimensionează prin proiectele şi preocupările personale, se înscriu în cadrele mai ample pe care le decupează viaţa publică, socială a persoanei. Aceasta se manifestă prin cicluri ale vieţii afective şi familiale, instructiv profesionale, locative şi publice. La rândul lor, aceste cicluri se corelează cu biografia şi articulează subiectul de persoanele reţelei sale sociale şi instituţionale, în cadrul nişei ecologice umane în care-şi desfăşoară existenţa.

Instanţe posibile ale modalurităţii psihoantropologice

Instanţe posibile ale modularităţii psiho antropologice

Instanţa atitudinilor dispoziţionale, a preocupărilor, proiectelor, acţiunilor realizatoare şi relaţionărilor

C

soana socio valorică

Sine identitar biografic

B2

Instanţa metareprezentaţională

evaluare, control, operaţii cu posibilităţi pe modele

B1

stanţa atitudinilor dispoziţionale, a preocupărilor, proiectelor, acţiunilor realizatoare şi relaţionărilor

produse realizări

dinamica distanţelor interpersonale pe

diagrama intim public

acţiuni voluntare realizatoare suspiciune

. autoritate dominatoare
. tatonarea colaborării,

. tatonarea fidelităţii
. apariţie socială pozitivă, atractivitate, success
. preocupare pentru sănătate

elaborare de proiecte

moduli psihoantropologici

epansivitate prosocială, sumisiune, protecţie
retragere inhibată pentru refacere
evitare fobică
alerta anxioasă, spaima
investigarea ambianţei
combativitate beligerantă
comunicare interpersonală, ataşament, mentalizare

B

acte voluntare sinele actualităţii

A

Instanţa protomodulilor

corp biologic

Psihopatologia în instanţa sinelui identitar biografic

Sinele identitar biografic se bazează pe resimţirea timpului personal ca o continuitate a duratei biografice. Această instanţă a duratei este fundalul pe are sunt clădite evenimentele trăite de-a lungul vieţii, mai mult sau mai puţin relatabile. Biografia, ca naraţiune, implică o anumită ordine temporală, un context, se bazează pe o suită de evenimente şi interrelaţionări. Ea este în mod esenţial o reprezentare a trecutului subiectului; care oferă însă o deschidere, în care se plasează prezentul trăit şi se proiectează universul proiectelor şi preocupărilor. Identitatea biografică e un suport şi pentru instanţa metareprezentaţională a supervizării şi evaluării prezentului în care se derulează operaţiile cognitive prin care se rezolvă probleme.

Instanţa identităţii biografice este în acelaşi timp o realitate psihică structurală, ce se întinde între corporalitatea obiectivă şi trăită şi identitatea persoanei socio-valorice având o consistenţă caracterială. Această realitate e centrată de sinele identitar intenţional şi reflexiv şi are contururi care delimitează interioritatea subiectivităţii – bazată pe experientă biografică, cunoaşterea lumii, caracter şi evaluare proprie pozitivă în lume - de exterioritatea lumii înconjurătoare. Limite care sunt în acelaşi timp transgresate prin fiecare acţiune realizatoare, prin care se făptuieşte şi se produc artefacte şi opere. Limite care, în plus, se află într-un permanent echilibru dialectic cu relaţionările intersubiective ale ataşamentului. Şi cu raportările interpersonale, de-a lungul unei axe intim public.

Privind din perspectiva sinelui identitar, raportarea la situaţii problematice se face percepând semnificaţia acestora şi contextul evenimenţial global în care subiectul se simte implicat. Obiectele percepute, inclusiv alte persoane, receptate fiecare prin forma, semnificaţia şi interrelaţiile lor, sunt plasate în acest context. Psihopatologia perceptivă a iluziilor, halucinaţiilor, semnificaţiilor referenţiale şi a derealizării, se evidenţiază în această perspectivă. Aceste tulburări perceptive se corelează cu convingerile delirante a căror tematică, rezumând o temă problematică, se precipită la nivelul în care preocupările personale trec de planul metareprezentaţional, articulându-se cu narativitatea, inclusiv cu cea potenţial autobiografică.

Raportarea subiectului identitar la situaţiile actuale, la perspectiva proiectelor, preocupărilor şi narativităţii posibile, se realizează după schema unei structuri ierarhizate de profunzime. Având ca support sinele identitar biografic se eşălonează diverse distanţe concentrice de profunzime spaţio-temporală şi cauzală marcate antropologic. Atât halucinaţiile cât şi delirul apar şi se manifestă în condiţiile în care aceaastă structură se aplatizează, se relaxează, se fisurează, se dezorganizează. Acest context deficitar e cel care permite ca unele preocupări fireşti şi implicite să se desimplice, să treacă în prim plan şi, ca idei delirante, să acapareze psihismul subiectului, decontextualizându-l. Şi la fel, în percepţie să se delimiteze detalii, ce sunt suprasemnificate anormal. Sau, ca amintiri, reprezentări şi dialoguri interioare să fie proiectate în exterior, în afara schemei corporale, ca halucinaţii. Şi, în sfârşit, ca diagrama intim public să se destructureze, să se dezorganizeze în perspectiva propriei agenţii şi apartenenţa la sine a trăirilor psihice. Iar acestea să fie transferate străinilor. Structura eşalonată ierarhic şi controlată metareprezentativ liber a diagramei intim public, se prăbuşeşte. Sentimentul supravegherii şi dirijării intimităţii se impune psihopatologic, ca expresie a dezorganizării structurale a psihismului.

Dezorganizarea este numitorul comun general al deficitului psihopatologic. Exprimarea ei la nivelul discursului lingvistic şi a motivaţiei comportamentale reprezintă

doar vârful unui aisberg. Dezorganizarea se referă în esenţă la deficitul de sinteză, care în modalitatea cea mai simplă se exprimă în deficitul de ierarhizare a informaţiilor receptate şi în insuficienţă perceptivă a coerenţei centrale, care se referă la asamblarea părţilor într-un ansamblu coerent, detaşat ca formă şi semnificaţie pe un fundal accesibil. Faptul conduce la o atenţie crescută acordată detaliilor, intoleranţa la schimbare şi stereotipii, fiinde însoţit în autism de reducerea intereselor. Acelaşi deficit de sinteză se poate constata în direcţia acţiunii, în exercitarea funcţiilor executive, în comunicarea verbală şi în redactarea de texte. Fenomenele de transparenţă influenţă, de supraveghere şi centralitate referenţială pot fi interpretate şi ele prin o dezorganizare a structurii ce organizează relaţionarea subiectului cu alţii pe diagrama intim/public. La nivelul instanţei identităţii biografice a sinelui, dezorganizarea poate afecta structura de trăire interior/exterior, sentimentul de unitate a subiectului, desfăşurarea raţionamentului abstract în rezolvarea de probleme, organizarea înţelegerii şi exprimării logico semantice a limbajului şi sistemelor de semnificare, structura motivaţională şi raportul interior/exterior.

În ceea ce priveşte motivaţia şi raportul între lumea interioară a subiectivităţii şi lumea exterioară subiectului, inclusiv relaţionarea intersubiectivă, dezorganizarea se corelează cu un, deficit al depersonalizării apato abulice. Acesta constă din sentimentul de vid interior, lipsa aderenţei faţă de lume, de intenţionalitate şi rezonare cu evenimentele lumii şi cu alţii. El se exprimă prin indiferenţă, ambivalenţă, lipsa dorinţelor, motivaţiei şi angajării în acţiune, hiperreflexie abulică.

Sinele corporal.

Corporalitatea are mai multe moduri de exprimare în psihismul persoanei. Lăsând la o parte semnificaţia sa biologică directă şi cea pe care o are creierul, a cărui funcţionare stă la baza trăirilor psihice, corporalitatea este o instanţă proprie şi pentru psihismul trăit, inclusiv în aspectul subiectiv conştient, fenomenologic al acestuia. Corpul trăit reprezintă polul de înrădăcinare spaţială a psihismului în lumea obiectivă. Pornind de la aceste rădăcini, axul identitar al psihismului ce se bazează mai ales pe durata biografică, se înaltă până la cupola identitară a persoanei socio valorice. Trăirea corporalităţii diferenţiază, prin schema corporală, o zonă a interiorităţii corpului în care e resimţită durerea, plăcerea şi alte senzaţii. Limitele corpului trăit mărginesc spaţiul lumii înconjurătoare, în care se plasează obiectele accesibile şi alţi oameni, fiecare cu subiectivitatea sa. Universul subiectivităţii ce a fost menţionat la nivelul sinelui biografic şi se regăseşte la nivelul persoanei, se clădeşte pe aceste diferenţieri între interiorul subiectivităţii şi exteriorul lumii.

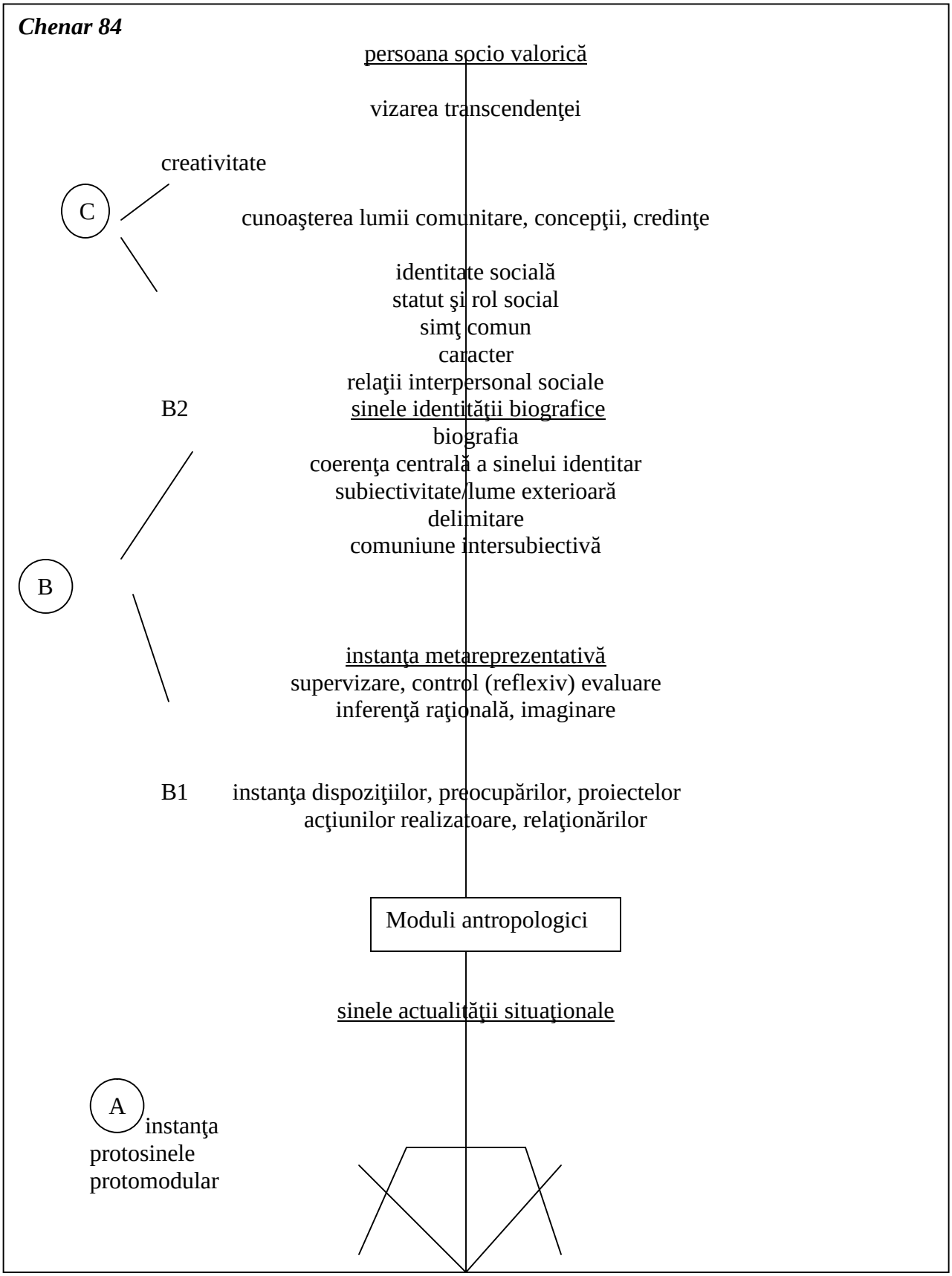
Corpul trăit, prin limitele sale este şi expresiv comunicant. Această comunicare se realizează prin intermediul limbajului realizat prin instrumentalitatea corpului sau a expresivităţilor acestuia. Fiecare subiect are conştiinţa faptului de a fi expresiv pentru alţii şi a capacităţiin fiecărui om de a intui gândurile celuilalt prin aspectul corporal. Corpul este şi instrumentul ultim prin care subiectul acţionează asupra lumi şi asupra ltora. Autocontrolul expresivităţii, comunicării şi acţiunii realizate prin instrumentalitatea corpului se realizează continuu, parţial conştient, parţial neconştient. Însăşi actele psihice mentale sunt localizate de însăşi subiect, în interioritatea propriului corp. Autocontrolul acestora se articulează cu autocontrolul funcţionării corporale. Acest proces poate aluneca spre patologic sub forma hiperreflexivităţii.

Corpul este şi o instanţă ultimă pentru idntitate socială, care se bazează pe morfologia şi aspectul expresiv corporal. În acest sens, instanţa corporalităţii se articulează cu cea a persoanei socio valorice.

Sinele în instanţa persoanei şi manifestările sale anormale

Sinele persoanei susţine manifestările subiectului în cadrul structurilor practico teoretice instituţionalizate ale unei socio culturi ghidată de norme şi valori. Subiectul are o identitate definită social, e integrat într-o reţea socială ce se distribuie între intim şi public şi are anumite proprietăţi. El are în spate o biografie şi se afirmă în situaţii şi proiecte actuale pe baza simţului comun, într-un stil şi cu semnificaţiile ce le susţine structura sa temperamental caracterială. Persoana are o cunoaştere a lumii pe care o împărtăşeşte cu cea comunitară, având o concepţie despre propria poziţie în lume, ghidat fiind de un set de convingeri şi credinţe. Asertivitatea sa în plan interpersonal e ordonată de atitudini precum dominaţia, manipularea, sumisiunea, evaluarea, deschiderea agreabilă, cooperativitate, suspiciune, indiferenţa. Subiectul se manifestă sintetic creativ în cadrul problemelor zilnice cât şi în plan teoretic, cultural, spiritual. El poate împărtăşi credinţele comunităţii în direcţia vizării transcedente.

În instanţa sinelui personal subiectul poate manifesta trăsături de personalitate accentuate ce pot deveni anormale şi dezadaptative prin rigiditate şi dezimplicare; caz în care de obicei persoana încalcă normativitatea socială. În raport cu situaţiile problematice curente subiectul le poate trăi exagerat, hipermetric; creind probleme în comunitare, uneori fiind turbulent social.


Chenar 84
persoana socio valorică
vizarea transcendenţei
creativitate
C
cunoaşterea lumii comunitare, concepţii, credinţe
identitate socială
statut şi rol social
simţ comun
caracter
relaţii interpersonal sociale
B2
sinele identităţii biografice
biografia
coerenţa centrală a sinelui identitar
subiectivitate/lume exterioară
delimitare
comuniune intersubiectivă
B
instanţa metareprezentativă
supervizare, control (reflexiv) evaluare
inferenţă raţională, imaginare
B1
instanţa dispoziţiilor, preocupărilor, proiectelor
acţiunilor realizatoare, relaţionărilor
Moduli antropologici
sinele actualităţii situaţionale
A
instanţa
protosinele
protomodular

Acţiunea deliberată şi reflexivitatea în psihopatologie

Psihismul uman diferă de cel animal – gândea Aristotel – printr-o capacitate suplimentară, prin “nous”. Nous a fost exprimat în latina scolastică, de Toma d’Aquino de exemplu, prin “intelectus”. Ulterior, gândirea europeană a cultivat conceptul de raţiune, astfel încât Kant la sfârşitul sec.XVIII-lea plasează intelectul la un nivel subordonat raţiunii. Între timp, Europa a forjat şi conceptul de conştiinţă, iniţial în teologie şi ulterior în aria cunoaşterii, ca o caracteristică a finţei umane individuale. Kant impune şi noţiunea de eu, în varianta « eu gândesc », ca o caracteristică a conştiinţei eului (Ich Bewusstsein). « Eul » a avut un moment de glorie în cadrul idealismului german prin Fichte, intrând ulterior într-un con de umbră, până la egologia din sec.XX a fenomenologiei lui Husserl ; care, cultivă si noţiunea de subiectivitate ,ce absoarbe acum problematica conştiinţei.

Acest periplu terminologic nu aduce clarificări în aria psihismului persoanei umane, Acesteia i s-a atribuit în mod constant în ultimele două secole epitetele de raţional şi conştient, « inteligenţa » fiind considerată una din facultăţile sale de fond. Dar, în aceasta periodă s-a afirmat şi conceptul de « inconştient ». Oricum, terminologia tradiţională nu mai joacă un rol important în psihologia şi psihopatologia actuală, ce se agregă tot mai mult în jurul sinelui (self-ului) ; deşi, caracteristicile menţionate au rămas atribute oficiale ale acestui psihism.

Dintre parametrii tradiţionali de caracterizare ai conştiinţei, “conştiinţa morală” a fost înlocuită treptat de termenul juridic de responsabilitate, cu referinţa la discernerea consecinţelor propriilor acte ale subiectului, asupra existenţei sale şi a altora. La acest nivel intervine ceea ce tradiţional s-a numit « liberul arbitru » - libertate interioară – şi voinţa. Această problematică se plasează în jurul celei ridicată încă de Aristotel în Etica Nicomahică, privitoare la « alegerea deliberată ». Comentariile etice au avut în vedere un om individual generic, ce se referă la un « altul » şi la o “umanitate” abstractă şi principială. Psihologia şi psihopatologia operează însă cu persoane umane concrete, ce fac parte din “populaţii”, în care indivizii au o importantă diferenţiere statistică. Totuşi, ideea că “ceva comun” se regăseşte în toţi aceşti indivizi, idee pe care creştinismul de ex. a susţinut-o prin tema sufletului nemuritor, persistă. Kant a comentat, în maniera ambiguă, alături de “eu gândesc” înţeles individual, şi un “eu” sau o “conştiinţă în genere”, plasată într-o instanţă transcedentală. Fenomenologia lui Husserl reia şi dezvoltă în sec.XX tema unei egologii transcedentale ce se ancorează într-o intersubiectivitate intercorporeală. Plecând de aici, neofenomenologia la care face apel psihopatologia actuală, revine la persoana conştientă concretă, cu o conştinţă (sine) încorporată. Aceasta se află în faţa cazuisticii particulare pe care tulburarea mentală o etalează în aria tradiţionalei probleme a “libertăţii voinţei”. La acest nivel, problematica psihopatologică aduce în discuţie şi cealaltă mare temă tradiţională a conştiinţei, reflexivitatea.

În psihopatologie se întâlnesc cazuri ce etalează o perturbare a “voinţei libere”, a autonomiei voinţei, Încă din sec.XIX hipnoza, comportamentul indus prin sugestie hipnotică şi care se putea desfăşura şi după “trezirea” subiectului, era un fenomen expresiv pentru această problemă. Tema dublei personalităţi a fost conectată cu aceasta. Sumisiunea anormală a persistat în nosologia psihiatrică până în prezent, în varianta tulburării de personalitate dependentă. Comportamentul addictiv şi cel impulsiv exprimă

şi ele o deficienţă a “autocontrolului voluntar al comportamentului”. Psihologia evoluţionistă consideră că între achiziţiile de bază ale psihismului uman se numără,- în corelaţie cu “creierul social”, alături de funcţiile executive ale planificării şi controlului acţiunii, şi capacitatea de a inhiba (voluntar) tendinţele agresive faţă de semeni. Această “achiziţie” sau acest fenomen al controlului pulsiunilor heteroagresive, se evidenţiază pregnant în varianta tulburării obsesiv compulsive, în care subiectul se luptă cu tendinţele sale agresive, care i se par şi lui aberante : e.g. de a-şi omorâ copilul, de a lovi bătrâni, de a agresa sexual minori etc.

În ultimul caz menţionat, intervine aspectul egodistn al conflictului intrapsihic, ce rezultă din autocontrolul “conştient”. Odată cu aceasta intrăm în domeniul, care ne conduce spre reflexivitate, Este vorba de funcţia generală a controlului şi autocontrolului, ce se evidenţiază clar în cursul desfăşurării funcţiilor executive. Acestea constau în iniţierea şi executarea controlată, ordonată, a unor acţiuni cu scop, până la finalizare. Între agentul ce iniţiază şi desfăşoară acţiunea pe de o parte şi comportamentul efectiv ce se desfăşoară într-o ambianţă dată, se instituie o anume “distanţă”, în care funcţia de control e activă. Faptul se realizează în cea mai mare parte spontan, predominent inconştient. Şi doar parţial “conştient”, adică reflexiv, astfel încât subiectul să îşi dea seama lucid de parametrii acţiunii sale. Controlul se refera deobicei la urmatoarele: -dacă secvenţele comportamentale se desfşoară conform proiectelor ce elaborate; - dacă sunt atinse obiectivele de etapă, pentru a trece la secvenţa următoare şi a se apropia de final. Dar însăşi execuţia, realizată prin propriul corp, se cere controlată pentru a se desfăşura adecvat. Şi de asemenea, se cere controlată ambianţa. E vorba în cele din urmă de o sinteză de evaluare a informaţiilor prin feed back şi feed before. Parcurgerea etapelor succesive ale procesului, de control, presupune un nivel psihic metareprezentaţional, care să fie fixat pe obiectiv şi să sintetizeze informaţiile actuale din ambianţă, cele ce rezultă din execuţie, făcându-se apel şi la memorie. Din această instanţă metareprezentaţională, subiectul – sinele, agentul – e capabil să dirijeze strategic acţiunea şi să-şi refacă la nevoie strategiile. Această instanţă e şi autoreferenţială, deoarece sunt sintetizate informaţiile ce vin de la propriul corp ce e implicat în acţiune; şi de la propria memorie. Aspectul autoreferenţial e însă şi mai profund, deoarece se presupune că motivaţia, decizia şi elaborarea proiectului, toate “aparţin subiectului”. Acest sentiment de apartenenţă la sine, diferenţiază decizia autonomă de cea heteronomă, rezultată din ordin şi dirijare. Acţiunea rezultată din hipnoză este heteronomă în raport cu cea care rezultă din iniţiativă şi decizie propie “autonoma”. Pentru a-şi atribui sie-şi dciziile şi desfăşurarea acţiunii, e necesară deci o funcţie reflexivă. Sentimentul “ipseităţii” pe care-l comentează neofenomenologia actuală – cel privitor la faptul că intenţia şi acţiunea derivă din sine (“agenţie”) şi că-i aparţin subiectului (“ownership”) – presupune atât spontaneitatea acţiunii cât şi reflexivitatea evaluatoare şi atribuitoare.

Tema reflexivităţii e definitorie pentru conceptul de conştiinţă, ea stând la baza noţiunii de “oglindire” si deci “speculaţie”. Cunoaşterea lumii se reflectă în subiectivitatea subiectului, Dar această reflectare nu e una brută; ci ea este reluată de instanţa ipsesităţii, care atribuie cunoaşterea – la fel ca acţiunea – sinelui (sineităţii). Apoi, subiectul se reflectă în conştiinţa altor persoane, care îl pot reprezenta, îl pot comenta, invoca; după cum şi alţii se reflectă în conştiinţa subiectului. Reflectarea lumii ambientale şi a lumii în general, reflectarea altora, reflectarea propriilor acţiuni, intră în structura unei reflexivităţi sintetice, prin intermediul căreia subiectul ajunge să fie

autoreflexiv. Adică, să se reflecte pe sine însuşi; să gândească despre sine, să se observe, să se perceapă, să se cunoască, să se autoanalizeze. Şi, pe această cale a reflexivităţii introspective, să sesizeze "general umanul din sine". Sau, "egoul transcedental", cum spunea Husserl. Este readus astfel în discuţie aspectul general şi specific uman al constiinţei cogitante, care a fost invocat de Descartes şi pe care Husserl l-a atribuit fiecărui om cuprins de "lumea vieţii". Om ce poate coborâ metodic până la această instanţă a conştiinţei transcedentale. Sau în care – conform interpretării lui Blankenburg – prăbusirea patologică a structurii psihismului din schizorenie, face ca egoul empiric să se amestece cu egoul transcedental. Astfel încât, schizofrenul "pierde evidenţa vieţii cotidiene", se plasează în afara simţului comun.

În psihopatologie, reflexivitatea sinelui – a conştiinţei – pierde echilibrul sintetic din normalitate şi devine aberantă. Revenind la procesul autocontrolului acţiunii, întâlnim în obsesionalitate o marcată indecizie, o autoobservaţie analitică lucidă aupra procesului decizional, care aduce pe tapet posibilităţi infinite. În continuare, controlul desfăşurării acţiunii devine şi el exagerat, cu verificări continue. Iar finalizarea actului ajunge să fie imposibilă, prin analiza reflexivă a imposibilităţii perfecţiunii acesteia. Autoanaliza exagerată a acţiunii poate conduce la abulie. În formele mai grave, de schizofrenie depersonalizant dezorganizantă, controlul autoanalitic se poate extinde asupra oricărei decizii şi acţiuni; precum şi a actului de gândire însuşi, cu ruminaţii sterile şi pierderea simţului comun. În aceste cazuri e de presupus că, intenţionalitatea şi reflexivitatea primară a psihismului conştient, pierde articulaţia ce în mod normal se realizează prin reflectarea în "celălalt"; în ceilalţi oameni ce ne sunt apropiaţi. Şi astfel se menţine de la început într-un regim de hiper-autoreflexivitate.

În psihopatologie, hiperreflexia din schizofrenia dezorganizantă se articulează cu sentimentul înlocuirii voinţei şi al dirijării xenopatice, indicând atât pierderea libertăţii de decizie cât şi deficitul integrarii reflexivităţii în spontaneitatea acţiunii.

Bibliografie

Notă : Bibliografia menţionată la sfarşitul fiecărui capitol e numerotată. Ea se regăseşte în Bibliografia alfabetică de la sfarşitul lucrării, care conţine şi alte lucrări menţionate în text. Citarea acestora din urmă sa a unui capitol cuprins într-o lucrare deja menţionată se face trimitandu-se la aceasta prin numele primului autor şi anul de apariţie.

- Akiskal H.S., Pinto O. (2002), The soft bipolar spectrum: footnotes to Kraepelin on the interface of hipomania, temperament and depression. In Marneros (2002 – 40), 37-62
- Alexander E.G., Selesnik S.T. (1972), Histoire de la Psychiatrie, Ed.Colin, Paris
- Amarel D.G., Dawson G., Geschwind D.H. (Eds) (2012) Autism Spectrum Disorders, Oxford University Press
- AMDP, (1995), Arbeitsgemeinschaft für metodik und Dokumentation in der psychiatrie, Ed.Hogrefe, Göttingen
- Andrieu B, (2010), (ed), Philosophie du corps, V R I N, Paris
- Bahtin, M. (1970), Problemele poeticii lui Dostoievsky, Ed pentru Literatura Universală, Bucureşti
- Barkov J., Cosmides L., Tobby J. (Eds) (1992), The adapted Mind. Evolutionary psychology and the generation of culture, Oxford University Press.
- Baron-Cohen S. (1997), Mind – blindness. An Esay on Autism and Theory of Mind, MIT Press, London
- Baron-Cohen S. (2011), The Science of Evil, On Empaty and the origins of cruelty, Basic Books, New York
- Baron-Cohen S., Targer-Flusberg H., Cohen D. (2005), Understanding other minds: perspectives for autism, Oxford University Press
- Bartolotti L. (2010), Delusion and other irrational belief, Oxforf University Press
- Beach S.R.H., Wamboldt M.Z. et all (2006), Relational Processes and DSM-V, American Psychiatric Association, Washington D.C., London, England
- Bentall R.P., et al (2001), Persecutory delusions : a review and theoretical integration, Clinical Psychology Review, 21, 1143-1192
- Berrios G.E. (1996), The history of mental symptomes. Descriptive psychopathology since the nineteenths century. Cambridge University Press

- Bhattacherya R., Cross S., Bhugra D. (2010), Clinical topics in cultural psychiatry, R.C. Psych.Publication London, Bell & Bain L, Glasgow
- Bitov A., (1997), Casa Puşchin, Ed Univers, Bucureşti
- Blankenburg W. (1971), Der Verlust des Selbstverständlichkeit. Ein.Beitrag zur Psychopathologie Simptomermer Schizophrener, Ed.Enke, Stuttgart
- Blankenburg W. (1991), Wahn und Perspektivität, Ed.Emke, Stuttgart
- Bolton D (2008), What is mental disorder? An essay in philosophy, science, and value, Oxford University Press
- Bolton, D., Hill J. (1996), Mind, Meaning and Mental Disorder. The Nature of Causal Explanation in Psychology and Psychiatry, Oxford University Press
- Boorse C. (1975), On the distinction between disease and illness, Philosophy and Public Affair, 5; 49-68.
- Bradshaw J. (1997), Human Evolution. A Neuropsychological Perspective, psychology, Press Hove
- British Journal of Psychiatry (1991), Suppl. 159 (număr dedicat în întregime delirului, coordonat de A.Sims)
- Broome M., Bartolotti L. (Eds) (2009), Psychiatry as Cognitive Neuroscience, Oxford University Press
- Brother L. (1997), Friday's footprint: how society shapes the human mind, Oxford University Press.
- Brüne M., (2008), Textbook of Evolutionary Psychiatry, The Origins of Psychopathology, Oxford University Press
- Brüne M., Ribert H., Schiefenhövel W. (eds), The social brain: evolution and pathology, Ed.John Wiley & sons, Chiechester
- Burns J.K. (2007), The Descent of Madnes. Evolutionary Origins of Psychosis and the Social Brain, Routledge, London
- Buss D.M. (2004), Evolutionary Psychology : the new science of the mind, second ed., Allyn and Bolton, Boston
- Cartwright J. (2000), Evolution and Human behaviour, Darwinian Perspectives on Human nature, McMillon, London

- Cash Th., Pruzinsky Th. (Eds) (2002), Body Image, A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice, The Guilford Press, New York, London
- Chung M.C., Fulford K.W.M., Graham G. (2007), Reconceiving Schizophrenia, Oxford University Press
- Cichetti D., Cohen D.. (2006), Developmental Psychopathology, John Wiley & Sons Inc., vol.I., II, III
- Cioran E., (2012), Opere, Academia Română, Fundaţia Naţională pentru Ştiinţă şi Artă, Bucureşti
- Claude H., Ey. H. (1932), „Hallucinatons, pseudo-halucinatios et obsessions, Annales Médico-Psychologiques", 90, 273-316
- Cleckley H. (1941), The Mask of Sanity, Ed.Henry Kimpton, London
- Cloninger C.R. (2004), Feeling Good, Oxford University Press
- Cloninger C.R., Przybek T.R., Svrakic D.M. (1994), The temperament and character inventory (TCI), St.Luis, Washington
- Coltheart M. (2007), Cognitive neuropsychiatry and delusional belief, Quaterly Journal of Experimental Psychology, 60, 1041-1062
- Cooper D. (1968), Psychiatry and Anti-Psychiatry, Tavistock, London
- Corcoran R. (1993), Theory of Mind in other clinical conditions: is a selective "theory of mind" deficit exclusive to autism?, in Baron Cohen S. et all.
- Cornuţiu G. (ed) (2009, 2010, 2011), Lucrare privitoare la istoria psihiatriei româneşti, Analele Universităţii din Oradea,Editura Universitatii din Oradea.
- Crawford C., Krebs (Eds) (1998), The Handbook of Evolutionary Psychology, Mohwah H., Lawrence Erlbaum
- Crow T.J. (1995), "Psychotic continuum on Disease Entities? The Critical Impact of Nosology on the Problem of Aetiology", in Marneros et al (eds), Psychotic Continuum, Springer, 151-164
- Crow T.J. (2005), The Continuum of psychoses and its genetic basis, in Marneros et al (2007)
- Crow T.J., (1995), "A Darwinian approach to the origins of Psychosis", British J. of Psychiatry, 167, 12-23

- Curtius E.R. (1967), Literatura europeană şi Evul Mediu Latin, Ed.Univers Bucureşti
- Damasio A., (1999), The feeling of what happens, Ed.Harcourt, San Diego, New York, London
- David D. (2008), Metodologia cercetării clinice. Fundamente, Ed.Polirom Collegium, Iaşi
- Davies A.M. and Davies M (2009), Explaining pathologies of belief, in Mathew R.Broome, Lisa Bartolotti, Psychiatry as Cognitive Neuroscience, Oxford University Press,285-323
- Dawkins R (2006), Gena egoistă, Ed.Tehnică, Bucureşti
- De Clerambaud G. (1942), Oevre psychiatrique, Ed.P.U.F., Paris
- DSM-IV-TR, (1994), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders;
- Dunbar R.I.M.,Barrett L.,(2007),The Oxford Handbook of Evolutionary Psychology

  ed.Masson, Paris. Forth edition, American Psychiatric Association, Washington
- Eliade M. (1974), Traité d' Histoire des Religions, Payot, Paris
- Eliade M. (1979), Aspecte ale mitului, Ed Univers, Bucureşti
- Eliade M. (1988), Istoria credinţelor şi ideilor religioase, Ed Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti
- Eliade M. (1992), Sacrul şi profanul, Ed Humanitas, Bucureşti
- Eliade M., (1969), Le mythe de l'éternel retour, Ed Gallimard, Paris
- Ellemberger H.F. (1994), Histoire de la dècouverte de l'incostient, Ed.Fayard, Paris
- Ey H. (1973), Des idées de Jakson à un modèle organo-dinamique en psychiatrie, Ed. Radamante Privat Toulouse
- Ey H. (1983), Conştiinţa, Ed.Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti
- Ey H., (1973), Traité des Hallucinations, Ed.Masson, Paris
- Feist J. (1985), Theorie of Personality, Holt, Rinehard and Winston, INC
- Fénelon G., Cambier J. Widlocher D. (Eds) (2002), Hallucinations, regard croisés,
- Foucault M. (1996), Cuvintele şi lucrurile, Ed.Univers, Bucureşti
- Foucault M. (1996), Istoria nebuniei în epoca clasică, Ed.Humanitas, Bucureşti

- Foucault M. (1997), A supravgehea şi a pedepsi. Naşterea închisorii, Ed.Humanitas, Bucureşti
- Foucault M. (1998), Naşterea clinicii, Ed.Ştiinţifică, Bucureşti
- Foucault M. (2004) Hermeneutica subiectului, Ed.Politom, Iaşi
- Frankl V.E. (2009), Omul în căutarea sensului vieţii, Ed Meteor Press, Bucureşti
- Freeman D., Bentall R., Garety Ph. (2008), Persecutory Delusions, Oxford University Press
- Freeman M. (1993), Rewriting the self. History, memory, naratives, Routledge, London
- Frith C.(1992), The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia, Hove, Lawrence Erlbaum
- Fucs T., (2007), "Psychotherapy of the lived space. A phenomenological and ecological concept". In A.m.J.Psychotherapy, 61, pp 432-439
- Fucs T., (2007), "The temporal structure of intentionality and its disturbance in schizophrenia". Psychopathology, 40, pp 229-235
- Fucs T., (2010), "Phenomenology and Psychopathology". In G.Gallanger, D.Dchmiecking (Eds), Handbook of Phenomenology and Cognitive Science, Springer Berlin
- Fujii D., Ahmed I.. (Eds), (2007), The Spectrum of Psychotic Disorders. Neurobiology, Etiology and Pathogenesis, Cambridge University Press.
- Gallanger S. (2003), Self-narrative in schizophrenia, in Kirchet et all., 336-360
- Gallanger S. (2011), The Oxford Textbook of the Self, Oxford University Press
- Gallanger S. Schmicking D., (2010) (Ed), Handbook of Phenomenology and cognitive Science, Springer.
- Garety P.A. and Freeman D. (1999), Cognitive approach to delusions : a critical review of theories and evidence, British Journal of Clinical Psychology, 38, 113-154
- Gilbert T.P. (1992), Depression : the evoluton of Powerlessness, Have Psychopathology Press
- Goffman E. (1971), Asylum, Ed.Pinguin, Book

- Goodwin F.K., Jamison K.R. (2007), Manic Depressive Ilness, Oxford University Press
- Gregg G. (1991), Self – representation: Life-narative studies of identity and ideology. Greenwood Press, New York
- Hare R.D. (1986), The Hare Psychopathy Checklist, Multi Health System, Toronto
- Harré R. (2007), „The logical basis of psychiatric meta-narratives, in Ching M.C. et all, 295-306
- Harwitz A.V. & Wakefield J.C. (2007), The loss of sadness : how psychiatry transformed normal sarow into depressive disorder. New York, Oxford University Press
- Hegel G.W. Fr. (1965), Fenomenologia Spiritului, Ed Academiei Republicii Populare Române, Bucureşti
- Heidegger M. (1988), „Ce este metafizica?", în Repere pe drumul gândirii, Ed Politică, Bucureşti
- Heidegger M. (2003), Fiinţa şi Timp, Ed.Humanitas, Bucureşti
- Heltzer J.E., Kraemer H.Ch. et all (2008), Dimensional approaches in diagnostic classification, Refining the Research Agenda for DSM-V, American Psychiatric Association, Arlington, Virginia
- Helzer J.E., Hudziak J.J. (2002), Defining Psychopathology in the 21 st Century. DSM-V and Beyond, American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC, London, England
- Hemsley D.R. (1977), What have cognitive deficits to do with schizophrenic simptoms?, British Journal of Psychiatru, 130, 167-173
- Henry M. (1963), L'Essence de la Manifestation, Paris, PUF, 1963. (The Essence of Manifestation, The Hague:Martinus Nihoff, 1973)
- Hermans H.J.M. (2011), The Dialogal Self: A Process of Positioning in Space and Time, in Sh.Gallanger
- Hermans H.J.M., Hermans-Konopka A. (2010), Dialogal Self Theory. Positioning and Counter-Positioning in a Globalizing World, Cambridge University Press

- Husserl E. (1994), Meditaţii carteziene, Ed.Humanitas Bucureşti
- Husserl E. (2011), Criza ştiinţelor euroene şi fenomenologia transcedentală, Ed.Humanits, Bucureşti
- Husserl E., (2011), Criza Ştiinţele Europene şi Fenomenologia transcedentală, Ed Humanitas
- ICD-10, (1992), versiunea românească (1998), Clasificarea tulburărilor mentaleşi de comportament, Ed.All, Bucureşti
- Ienciu M., Romoşan F., Lăzărescu M (Eds) (2012), Schizofrenia şi tulburările de spectru, Ed.Brumar, Timişoara
- Jamison K.R. (1993), Tuched with Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament, Free Press, New York
- Janet P. (2003), les obsessions et la psychastenie, Ed.Alcan Paris
- Jaspers K. (1965), Allgemeine Psychopathologie, 8 Aufl., Springer, Berlin
- Jaspers K. (1997), General Psychopathology, The John Hopkins, University Press, Baltimore, London
- John, O.P.,Pobins R.W.,Perv n L.A., (2008) Handbook of Personality, Theory and Research, The Guilford Press
- Keefe R.S.E., Eesley C.E. (2006), Neurocogntive Impairments, in A.Lieberman, T.S.Stroup, D.O.Perkins, Textbook of Schizophrenia, American Psychiatric Publishing Inc.
- Kendell R.E. (1986), What are mental disorder? In A.M. Freedman and all (Eds), Issues in psychiatric classification : Science, practice and social policy (pp 23-45), New York : Human Science Press
- Kendler K.S., Parnas J. (Eds) (2012), Philosophical Issues in psychiatry : nosology, Oxford University Press
- Kierkegaard S. (1935), Le Concept D'Angoisse, Ed Félix Alcan, Paris
- Kircher T. and David A. (2003), The Self Neuroscience and Psychiatry, Cambridge University
- Kretschmer E. (1949), Medizinische Psychology, Ed.Gh.Thieme, Stuttgart
- Krueger R.E., Tackett J.L. (Eds) (2006), Personality and Psychopathology, The Guilford Press, New York, London

- Krueger R.F. & Markon K.E.(2006), Reinterpreting comorbidity : A model – based approach to understanding and classifying psychopathology, Annual Review of Clinical Psychology, 2, 113-133
- Krueger R.F., Tackett J.L. (2003), „Personality and psychopathology; working toward the bigger picture", Journal of Personality Disorders, 17 (2), 109-128
- Kupfer D.J., First M.B., Regier D.A. (2002), A Research Agenda for DSM-V, American psychiatric Association, Washington DC
- Lăzărescu M, Bărănescu R. (2011), Psihopatologie descriptivă, Ed.Polirom Iaşi.
- Lăzărescu M, Ile L. (2009), Tulburarea obsesiv compulsivă. Circumscriere, modele şi intervenţie, Ed.Polirom, Iaşi.
- Lăzărescu M. (1994), Psihopatologie clinică, Ed.helicon, Timişoara
- Lăzărescu M. (2002), Psihiatrie, Sociologie, Antropologie, Ed.Brumar, Timişoara
- Lăzărescu M. (2009), „Psihopatologia evoluţionistă şi depresia", Psihiatru.Ro., 19.4, 22-26
- Lăzărescu M. (2010), Bazele Psihopatologiei Clinice, Ed.Academiei Române, Bucureşti
- Lăzărescu M. (2011), "Teoria minţii şi psihopatologia", în Revista Română de Psihiatrie, vol.XIII, 1, 1-6.
- Lăzărescu M. (2011), „Ataşamentul şi Teoria minţii în psihopaterapie şi psihopatologia schizofreniei", Revista Română de Psihiatrie, vol.XIII, Nr.4, 157-167
- Lăzărescu M. (2011), „Psihopatologia delirului în perspectiva disfuncţiei ierarhice a sinelui". Revista Română de Psihiatrie, vo.XIII, nr.2-3
- Lăzărescu M. (2011), „Tulburarea bipolară în perspectiva psihopatologiei. Doctrina evoluţionistă şi fenomenologia existenţialistă", Revista Română de Psihiatrie, Nr.1-21
- Lăzărescu M. (2011), Chin, extaz şi nebunie înnaltă în sec.XX. Cronica a trei zile prilejuite de comemorarea centenarului naşterii lui E.Cioran, Ed.Brumar, Timişoara
- Lăzărescu M., Bumbea O. (2008), Patologie obsesivă, Ed. Academiei, Bucureşti
- Lăzărescu M., Nireştean A (2008), Tulburările de Personalitate, Ed.Polirom, Iaşi

- Leigh H. (2011), Genes, Memes, Culture and Mental Illness, Toward an Integrative model, Springer
- Leonhard K. (1979), The classification of Endogenous Psychoses, Irvington Publishers, John Wiley& Sons
- Lever M. (1983), Le sceptre et la marotte. Histoire des jous de Court, Ed.Fayard, Paris
- Lhermitte J. (1939), L'image de notre corps, ed.Nouvelle Revue critique
- Liberman J.A., Stroup T.S., Perkins D.O. (2008), Textbook of Schizophrenia, Publishing, Washington DC, London, England
- Livesley W.J. (2003), Personality Disorders : A practical Approach, Guilford Press, New York
- Livesley W.J. (ed) (2001), Handbook of Personality Disorders, Guilford Press, New York
- Lossa M.V. (1999), Adevărul minciunilor, Ed ALLFA, Bucureşti
- Mahler, B.A. (1988), Anomalous experience and delusional thinking : the logic of explanation, in Delusional Belief (eds.T.F.Oltmans, and B.A.Mahler, pp.15-3, Chichester, Wiley and Sons
- Marneros A., Pillman F., (2004), Acute and Transient Psychoses, Cambridge University Press
- Marneros A, Andreasen N.C., Tsuang M.T. (Eds) (1995), Psychotic continuum, Springer, Berlin, Heidelberg
- Marneros A., Angst J. (Eds), (2002), Bipolar Disorders. 100 year after manic depressive insanity, New York, Kluwer Academic Publisher
- Marneros A., Tsuang M. T. (Eds.), (1990) Affective and Schizoaffective Disorders, Springer Berlin, Heidelberg
- Marneros, A., Akiskal H.S. (eds), (2007), The Overlap of Affective and Schizophrenic Spectra, Cambridge University Press
- Mattews, (2007), Body Subjects and Disordered Minds, Oxford University Press
- May M., Akiskal H.S. et all (2003), Bipolar Disorder, John Wiley & Sons LTD
- McAdams D.P., Josselson R. & Lieblich A. (Eds) (2006), Identity and story. Creating self in narrative, American Psychological Association, Washington, DC.

- McGuire M, Troisi A. (1998), Darwinian Psychiatry, Oxford University Press
- McIntyre A. (1998), Tratat de morală. După virtute. Ed.Humanitas, Bucureşti
- McKenna (2007), Schizophrenia and related Syndromes, Routledge London and New York
- McLaughlin B.P., Beckerman A, Waller S., (2009), The Oxford Handbook of Psilosophy of Mind, Oxford Unversity Press
- Merleau-Ponty M. (2001), Fenomenologia percepţiei, Ed.Aion, Oradea
- Millon T., Krueger R.F. Simonsen et all (Eds) (2010), Contemporary Directions in Psychopathologie, Scientific Foundation of the DSM-V, ICD-11, The Guilford Press, New York, London
- Millon T., Simonsen E. et all. (1988), Psychopathy, The Guilford Press, New York
- Millon, Th. (2004), Personality Disorders in Modern Life, John Willey & Sons, Hoboken, New Jersey
- Minkowski E. (1966), Traité de psychopathologie, Ed.P.U.F., Paris
- Minkowski E. (1999), Schizofrenia, Ed.IRI, Bucureşti
- Mundy P., Sigman M., (2006), Joint Attention, Social Competence, and Developmental psychopathology in: Cichetti D. et all
- Munro, A., (2006), Delusional Disorders. Paranoia and related illness, Cambridge University Press
- Narrow W.E., First M.B. et all (2007), Age and Gender considerations in Psychiatric Diagnosis, American Psychiatric Association, Arlington, Virginia
- Nesse R.M. (2002), „Is depression an adaptation?", Arch.Gen.Psychiatry, 54, 14-20
- Nireştean A. (Ed.), (2004), Tulburările personbalităţii, Ed. Mureş, Tg.Mureş (Culegere de sinteze în domeniul tulburărilor de personalitate editată de către autor anual din 2004 până în 2012)
- Noica C (1981), Devenirea întru fiinţă, Ed.Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti
- Noica C. (1984), Scrisori despre logica lui Hermes
- O'Connor K.O., Aardema F., Pelissier M., (2003)Reasoning Process in Obsessive-Compulsive disorders and Related Disorders, John Wiley & sons.

- O'Connor L.A. et all (Eds) (2002), Guilt, fear, sumision and empaty in prison, J.Affect.Disord, 71, 19-24
- Oldham J.K., Skodel A.E., Bender D.S. (Eds), Textbook of Personality Disorders, American Publishing, Washington DC
- Oltmans T.E, Mahler B.A. (1988), Delusional Belief, Ed.Wiley, New York
- Panksepp J. (2003), The neural nature of the core SELF: implications for understanding schizophrenia, in Kircher T. et all
- Panksepp J. (2007), The neuroevolutionary and neuroaffective psychology of the prosocial Brain, in Dumbar et all
- Parnas J., Bovet P., Zahavi D. (2002), Schizophrenia autism. Clinical phenomenology and pathogenetic implications, World Psychiatry 1/3:121-34
- Parnas J., Handest P. (2003), Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia, Comprehensive Psychiatry 44, 21-34
- Pavel T. (1992), Lumi ficţionale, Ed Minerva, Bucureşti
- Petrilowitsch N. (1960), Abnorme Persönlichkeiten. Ed.Karger, Basel
- Phillips K.A., First M.B., Pincus H.A. (2003), Advacing DSM. Dilemas in Psychiatric Diagnosis, American Psychiatric Association, Washington, DC
- Pincus A.P., Lukowitsky M.R., Wright A.G.C. (2010), The interpersonal Nexus of Personality and Psychopathology, in Millon Th, and all.
- Postel, J., Quetel Cl.(1983), Nouveller Histoire de la Psychiatrie, Ed.Privat, Toulouse
- Prelipceanu D., Mihăilescu R., Teodorescu R. (Eds) (2000), Tratat de sănătate mentală, Ed.Enciclopedică, Bucureşti
- Raballo A. et al, (2006), Self-centrality, psychoses and schizotaxia : a conceptual review. Acta Biomed, 77, 33-9
- Raballo A., Solbye D., Parnas J. (2009), Looking at the Schizophrenia Spectrum Through the Prism of Self-disorderes, An empirical study
- Rachman S, Shafran R. (1999), Cognitive distortions : Thought action fusion, Clinical Psychology and Psychotherapy, 6, 80-85
- Raden J, Multiple Selvs, in Shaun Gallanger (Ed) The Oxford Handbook of The Self, 2011, Oxford University Press.

- Regier DA, Narrow W.E. et all (Eds) (2011), The conceptual evolution of DSM-5, American Psychiatric Publishing Inc. Washington DC, London, England
- Ricoeur P. (1990), Soi-même, comme un autre, Ed.Du Seuil, Paris
- Ricoeur P. (1995), Eseuri de hermeneutică, Ed.Humanitas, Bucureşti
- Rieber R.W. (2006), The Bifurcation of the Self. The Hystory and Theory of Dissotiation and its Disorders, Springer.
- Ritsner M.S. (ed) (2011), Handbool of Schizophrenia Spectrum Disorders, Springer
- Rossaro M.. (2003), Evolutionary Psychology. The Science of Human Behaviour and Evolution, Willey
- Sabato, E. (1986), Abaddón exterminatorul, Ed Univers, Bucureşti
- Sabato, E. (2005), Înainte de tăcere, Ed RAO, Bucureşti
- Sadler J.Z. (2005), Values and psychiatric diagnosis, Oxford University Press
- Salloum, M, Mezzich J.E. (2009), Psychiatric Diagnosis, Wiley Blackwell, World Psychiatric Association
- Sass L. (1994), The Paradoxes of delusion : Wittgenstein Schreber, and the schizophrenic mind. Ithaca, NY, Cornell University Press
- Sass L., Parnas J., Zahavi D. (2011), Phenomenological Psychopathology and Schizophrenia, Contemporary Approaches and Misunderstandings, in Philosophy, Psychiatry and Psychology, 18, nr.1, pp 1-23
- SCAN, (1992), Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatrie, WHO Geneva
- Schneider K., (1950), Die Psychopatischen Persönlichkeiten, 9 Aufl.Deuficke Wien
- Shepherd M. (1998), Conceptual Issues in Psychological Medicine, Routledge, London and New York
- Shorter E. (2005), A Historical Dictionary of Psychiatry, Oxford University Press
- Spitzer M. (1989), Was ist Wahn., Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Stanghellini G., (2002), Disembodies spirits and deanimated bodies.
- Steketee G.(2012),The Oxford Handbook of Obsessive Compulsive and Spectrum Disorders,Oxford University Press

- Stone T. and Young A.W. (1997), Delusions and brain injury : the philosophy and psychology of belief, Mind and Language, 12, 327-364
- Strack St. (ed) (2005), Handbook of Personology and Psychopathology, John Willey & Sons, Inc
- Szasz T.S. (1972), The Myth of Mental Illness, Routledge, London
- Tattosian A. (1979), Phenomenologie des psychoses, Ed.Masson, Paris
- Tellembach H. (1983), Melancholie, 4 Aufl., Ed.Springer, Berlin
- Tsuang M.T., Faraone St.V., Glatt St.J. (2011), Schizophrenia, Oxford University Press
- Tyrer P. (ed) (2000), Personality Disorders, Diagnosis, Management and Course, Butterworthhand, C.Weight
- Tyrer P., Seivewright H., Johnson T. (2003), The core elements of neurosis: mixed anxiety depression (cotymia) and personality disorder, in Journal of Personality Disorders, 17 (2), 129-138.
- Wakefield J.C. (1999), Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder, Journal of Abnormal Psychology, 1008, 374-399
- Wakefield J.C. (2010), "Taking Disorder Seriously", in Th.Millon and all, Contemporary Directions in psychopathology, pp 275-300
- Wakefield J.C.(1992), Disorder as harmful dysfunction : A conceptual critique of DSM-II-R's definition of mental disorder, Psychological Review, 99, 232-247
- Wallace IV E.R., Gach J. (Eds) (2008), History of Psychiatry and medical psychology, Springer
- Wilson D.R. and Cory G.A. (2007), The Evolutionary Epidemiology of Mania and Depression, Ehe Edwin Mellen Press, Lewiston, Queenstone, Lampeter
- Wing J.K., Brown G.W. (1970), Institutionalism and schizophrenia, Cambridge University Press
- Wolpert L. (2001), Malignant Sadness. The Anatomy of Depression, Fober &Fober, London
- Wyman E., Tomasello M. (2007), The ontogenetic origins of human cooperation, in Dumbar R.I.M. et all
- Zahavi D., (2003), Husserl's phenomenology. Standford University, CA

- Zahavi, D. (2005), Subjectivity and selfhood: investigating the first person perspective, MIT Press, Cambridge MA
- Zubin J., Spring.B (1977), Vulnerability - a new view of schizophrenia, Journal Abnorm.Psychol., 88, 103-128
- Zuckerman M. (1999), Vulnerability to Psychopathology, American psychiatric Association, Washington
- Zutt J. Kullenkampf (1958), Das paranoide syndrom in antropologischer Sicht, Springer, Berlin.